

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0034848

N°: 32558

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4973 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARSANE Mustapha

Date de naissance : 22.02.61

Adresse : HABITUELLE

Tél : 06 68 18 2709 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :





### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/10/2020	30540

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 29/04/2020

Docteur :

M<sup>r</sup> Karim Mustapha

①  
22400

Avant 200 sep

A.S

Après 2/1/09  
Après 1/3/09

②  
12140

Cher 2/4/09

Cher 1/6/09

34540

Gul 2/1/09



Dr. ZEMMOURI Ahmed-Adil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Imme D31  
Bd. Oum Rabia Oulfa Casablanca  
Tél: 0522.88.38.37

# Meiact®

Cefditoren pivoxil  
20 Comprimés Pélliculés  
Voie Orale



P.P.V. 224.0 MAD

200mg

AMM N° 2500MP/ZI/N°1P

9CN1057

N° Lot:

02/2019

Fab:

02/2021

Per:





IDEMCO

جدول أ (لائحة I) (Tableau A (Liste I))

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المحددة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

COOPER

41, Rue Med Diouri, 20 110 Casablanca  
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

41 محمد الديوري 20110 الدار البيضاء  
الصيدلي المسؤول : أمينة الداوي



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Umax® LP 0,4mg



30 gélules



6 118001 100835

760114 02 18

COOPER

30 x 30

Microgranules à libération prolongée en gélules



Vote orale  
0,4mg



Umax® LP  
Chlorhydrate de Tamsulosine

**COMPOSITION :** Tamsulosine 0,4 mg

Excipients : q.s.p. 1 gélule à microgranules à libération prolongée

Excipients à effet notoire : saccharose.

التركيبية : تامسولوزين 0.4 ملغ  
السواغ : ك.ك. لبرشامة ذات حبيبات ذات تحرر ممدد  
قائمة السواغات ذات آثار معروفة : سكروز

AMM N° 519/16/DMP/21/NRQ

**CONDITIONS D'EMPLOI :**

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C  
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال  
قبل أي استعمال انظر النشرة داخله



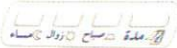
0,4 ملغ  
عن طريق الفم



أوماكس ت.م

كلورهيذرات تامسولوزين

حبيبات ذات تحرر ممدد في برشامات 30 x



COOPER  
PHARMA

LOT 191318  
EXP 04/2021  
PPV 121.40DH