

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

## Conditions 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

## 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

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° P19-0039086

ND: 35 08

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12658 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEKRI Hicham

Date de naissance : 19/07/1988

Adresse : Bouskouna Golf City Villa 409

Tél. : 06/9505027 Total des frais engagés : 198,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MSEFFER REDOUANE  
MEDECIN GENERALISTE  
38, BD AQUILA ALI  
TEL: 0522 27 23 66

27 JUL 2020

Date de consultation : 27/06/2020

Nom et prénom du malade : ZEKRI Hicham Age :

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

Nature de la maladie : brulure

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel 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 : Casablanca Le : 26/07/2020

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
27/04/22	Soins	1	300	Dr M SEFFER REDOUANE MEDECINE GENERALE 38, 80 Avenue ALI ALI CASA TEL: 05 22 32 33 66

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Zemmama Km. 16, Route Secondaire 109, Douar Fokra Bouskoura 05 22 32 03 01	27/04/22	300

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			Coefficient DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G	B	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000		
D	00000000 35533411	00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

EFFIPRED 20 mg

Lot/Batch:

Fab./Mfg.:

PPV 58DH40  
EXP 11/2022  
LOT 98025 6

EXP:



ET NUTRITHERAPIE

DIPLOME EN MEDECINE DE TRAVAIL

الدكتور المسفر رضوان

الطب العام

الفحص بالصدى

مساعد سابق في قسم أمراض النساء

بروكسيل

الحمية الطبية وعلاج السمّة

خريج في طب الشغل

Casablanca, le 27 04 2020 في الدار البيضاء,

Nichan kerai

70, 70

LITHOMAX

500



60, 60 1 p, j

x 3 jours

- Maxilone

58, 60

2 p x 3 x 6 jours



- Effipred 20 mg

3 p drop (en

gargarisme)



صيدلية زمّامة  
Pharmacie Zemama  
Km. 16, Route Secondaire  
109, Douar Fokra Bouskoura  
Tél : 05 22 37 23 66

Dr MSEFFER REDOUANE  
MEDECINE GENERALE  
38, Bd AQUID ALLAM CASA  
TEL : 0522 37 23 66

38, شارع عقيد العلام, حي السلامة سيدي عثمان - الدار البيضاء - 06 61 49 38 62 / 05 22 37 23 66  
38, Bd Aquid El Allam, Quartier Essalame Sidi Othmane - Casablanca - Tél. : 06 61 49 38 62 / 05 22 37 23 66  
dr.mseffer@gmail.com / ICE : 001768957000088

**ZITHRO**

azithromy

POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE - PO

**COMPOSITION ET PRESENTATION :**

Azithromycine (DCI) dihydrate

- Comprimé 500 mg, boîte de 3 comprimés
- Poudre pour sachet à 100 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 200 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 300 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour sachet à 400 mg par voie orale, boîte de 3 sachets
- Poudre pour suspension buvable 200 mg/5 ml, flacon de 15 ml

**INDICATIONS THERAPEUTIQUES :**

- ZITHROMAX est un antibiotique de la classe des azalides, appar
- ZITHROMAX est préconisé dans les infections ou surinfections ba

**ZITHROMAX** 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 0 2 1

P.P.V.

7 9

7 0

LOT N° : 1 2 8 5 3 8 5

09366030/4