

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 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

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- 053563

N° D: 35499

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENMAKHLOUF Rachid

Date de naissance : 29/03/54

Adresse : 294 AMERIKI 2 - NAKHIL Sud

PARAKSEN

Tél. : 0661311629

Total des frais engagés = 671,60 DH

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Azzeddine MOHAMMADI
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE
Réanimation Polyvalente - Médecine du Travail
Av. Allal El Fassi Casablanca Habous Imm. 3 Appt. 3
Tél : 05 24 33 02 10/06 12 02 94 69

MUPRAS

Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : Mr. ASSIS Age : 66

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : CASA

Le : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053563

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 2279

Nom de l'adhérent(e) : BENMAKHLOUF

Total des frais engagés : 671,60 DH

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
06 JUIN 2020	Cg		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ASSIF Ime SEBTI Farida Docteur en pharmacie Allal El Fassi Unité 4 Daoudiate M'akech - Tél : 05 24 30 30 35 N° 072011844	20/06/2020	421,60 DH

[illegible][illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet De Pneumologie-Allergologie

Docteur Azzeddine MOHAMMADI

Spécialiste des maladies des poumons et allergies respiratoires

Lauréat de la faculté de médecine de Lille (France)

Membre des Sociétés Françaises de Pneumologie et Allergologie

Médecin Expert près des tribunaux

Diplôme de réanimation polyvalente

Diplôme des maladies immunodéficientes acquises (SIDA)

Diplôme de médecine du Travail

Diplôme en oncologie thoracique

Endoscopie bronchique - Radiologie - EFR - gaz du sang

Bilan Allergologique - Kinésithérapie respiratoire

Exploration des Ronflement et Pathologie du Sommeil

consultation
sur
rendez vous

الدكتور عز الدين محمادي

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

خريج كلية الطب بليب (فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي والحساسية

طبيب محلف لدى المحاكم

دبلوم في الإنعاش العام

دبلوم في أمراض فقدان المناعة (AIDS)

دبلوم في طب الشغل

دبلوم في سرطان الصدر

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

فحص الوظيفة التنفسية - تحليل غازات الدم

تحليل الحساسية - الترويض التنفسي - فحص الشخير

Marrakech, le

20 JUIN 2020

Mme BEN MAKHLOUF ASSIA

3209/2008

- DEFLAZACORT GT 30mg:

3 cps/j le matin après repas en même temp pendant 2 jours
ensuite prendre 2 cps/j pendant 4 jours;

- BRONCHOFLUIDE sans sucre:

1 cm x 3/j après repas pendant 10 jours

- ZYLAX (moxifloxacin) 400mg

1 cp/j après repas pendant 5 jours

- ESAC ésoméprazole 20mg

1 cp/j le soir avant repas pendant 7 jours

PHARMACIE ASSIF
Mme SEBIL Farida
Pharmacien en pharmacie
219, Bd Allal El Fassi Unité 4 Daoudiate
Marrakech Tél : 05 24 30 30 35

Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation ou contrôle

06 12 02 94 69 - 05 24 33 02 10 : الهاتف - مراكش - رقم 3 - عمارة 3 رقم 3 - شارع علال الفاسي مركب الأحباس عمارة 3 رقم 3

Av. Allal El Fassi, Complexe Habous, Imm. 3 N 3 - Marrakech - Tél : 05 24 33 02 10 - 06 12 02 94 69 - www.cabinetdusouffle.com

ESAC[®]
ésoméprazole

20
mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*



LOT : 19007
PER : 12/21
PPV : 82DH10

Lot: 0H0895D
Per: 07/2022
PPV: 174DH40



Déflazacorte GT[®] 30 mg

Voie orale

20 comprimés sécables



TECNIMEDE GROUP

Bronchofluide[®] sans sucre

carbocistéine

LOT:290
PER:12/21
PPV:20:40DH

..... Flacon de 125 ml.
..... Flacon de 125 ml.
..... Flacon de 300 ml.
..... solution buvable.

..... Flacon de 125 ml.
..... Flacon de 300 ml.

	Sirop enfants	Sirop adultes
.....	2 g	5 g
.....	100 ml	100 ml

..... azoate de méthyle, Saccharose et Alcool éthylique.

Solut.buv. adultes
..... 5 g
..... 100 ml

- Exempt de parahydroxybenzoate de méthyle et Alcool éthylique.

INDICATIONS

BRONCHOFLUIDE est un fluidifiant des sécrétions de la muqueuse des voies respiratoires. (La forme sans sucre est destinée aux patients soumis à des régimes hypoglycémiques).

• Pneumologie

- Bronchites aiguës et chroniques.
- Dilatation des bronches.
- Bronchorrhée.
- Insuffisance respiratoire chronique.

• O.R.L.

- Trachéites.
- Laryngites aiguës ou subaiguës.
- Rhinopharyngites.
- Catarrhes tubaires compliqués ou non d'otites.
- Sinusites.

CONTRE-INDICATIONS

Ulères gastro-duodénaux.

☒ Contre indiqué chez le nourrisson de moins de 2 ans.

EFFETS INDESIRABLES

A fortes doses, on peut parfois observer l'apparition de phénomènes digestifs : gastralgies, nausées, diarrhées. Il est alors conseillé de réduire la posologie.

POSOLOGIE

• Enfants

- De 2 à 5 ans : 1 cuillère à café 2 fois par jour.
- Au dessus de 5 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour.
- La durée de traitement est de 8 à 10 jours.

• Adultes

- En moyenne 3 cuillères à soupe par jour (Du sirop ou de la solution buvable pour Adultes).
- La durée de traitement ne doit pas dépasser 5 jours.

CONSERVATION

Ne pas dépasser la date limite figurant sur le conditionnement extérieur.



Laboratoires NOVOPHARMA
Z.I. Tit Mellil - Casablanca

Zylax[®]
Moxifloxacin

400 mg

5

Comprimés
pelliculés

Voie orale

Zylax[®]
Moxifloxacin



400 mg

5

Comprimés
pelliculés

Voie orale

ل ٢٠١٤
LOT: 18D333 EXP: 12/21
PPV: 144DH70

 **أفريك - فار**
AFRIC-PHAR