

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.

Diagnostique 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Tél : 05 22 22 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

40988

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003856

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5396

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : ZAKARIA IMANE

Date de naissance : 02/04/61

Adresse : 159, MANDARONA, S.I.VI - MAAROUF - CHSA

Tél : 0661627057

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 / 09 / 2020

Nom et prénom du malade : ZAKARIA IMANE

Age : 59 ans

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 sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

22 SEP. 2020

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 : 03 / 09 / 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
21/01/20	C		220,40	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL ABE 8, Lot 1, Casablanca Tél: 05 22 07 40 65	03/00/20	53,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

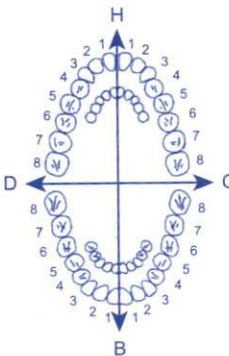
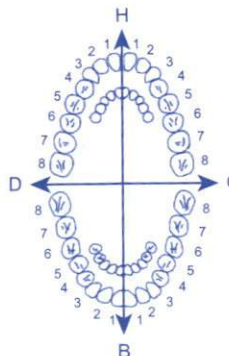
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Isaac COHEN
DEM de STRASBOURG
Ancien Attaché des Hx de STG

SPECIALISTE ORL
Maladie et CHIRURGIE
NEZ - GORGE - OREILLE
FACE et COU
VERTIGES - SURDITE



الدكتور اسحاق كوهن

خريج كلية الطب بـسـطراسبورغ
عمل سابقا بمستشفيات سـطراسبورغ

اختصاصي

في امراض وجراحة
الأنف - العنق - الأذنين
الدوران - الصمم

03 septembre 2020

Mr. ZAKARIA Imane

21, 80

POLYDEXA GTTES AURICULAIRES

3 fois par jour

DOLIPRANE CP 1G

1C EN CAS DE DOULEUR



Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. 1 Casablanca
Nidi Meârouf Casablanca
Tél : 05 22 97 40 65

Docteur I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ - GORGE - OREILLE
24, Rue AL ALOUSI - Casablanca

1, 53, 40

دوليبيران® 1000 ملغ

بالإسبانية

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الغبار
المضاف من
15 سنة

Composition :

Paracetamol 1000 mg pour 1 comprimé effervescent.

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.

Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états

grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Posologie : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire,

jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures

entre 2 prises.

Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois

et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour

31x31x75

Doliprane®
PARACETAMOL
1000 mg

8 comprimés effervescents sécables

DOULEURS ET FIEVRE

8 comprimés
effervescents
sécables

Adulte

PARACETAMOL
1000 mg
Doliprane®

Doliprane® 1000 mg

8 comprimés effervescents sécables

○ Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

NE LAISSER NI A LA PORTE,

NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 41/190M/21/IN/RQ/DM



6 118000-040361

Boîte 10
D. Laboratoire Chimie de Synthèse - Châteaillon
S. Belincoff - Pharmacie Impregmable

IDEMCO

08/02/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015
15/05/2015



01

06.19
100028



Adulte
à partir de
15 ans



Adulte
à partir de
15 ans



Adulte
à partir de
15 ans

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

Polymyx B
POLYDEXA[®]

Ne pas avaler
Ne pas avaler



7

Tableau A (liste I)

NE PAS AVALER



PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Haid Soualem - Maroc
SABOUCHARA-RECORDATI

21/80