

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Radiologie 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

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

tre 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

M22- 0010610

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8343 Société : RAM. 149398
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZAMANI Mohammed
Date de naissance :
Adresse : Hah Tucke
Tél. 06.61183641 Total des frais engagés : 659,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur FIKRI Abdelghal
Pneumologue
355, Boulevard Ziraoui Casa
Tél. 05 22 29 91 79/80

Date de consultation : 21/11/2022
Nom et prénom du malade : Zamani Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Pulmonaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE OULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacout El Mansour - Casa Tél: 05 22 22 22 22 | 21/11/22 | 159,60 |

[illegible]

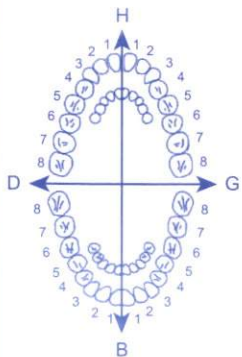
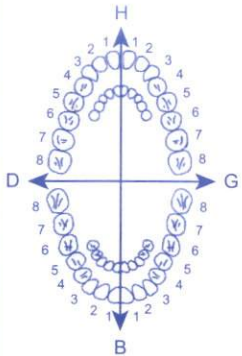
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|---------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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"/> |

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|--|---|---|
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 ----- 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 ----- 00000000 11433553 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> D G </div> | COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| | B | MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |
| | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> | DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 21/11/2022

Facture n° : 609

Nom : Zouhair

Prénom : Mohamed

Dr. FKR Abdelghani
Pneumologue
355, Boulevard Zine El Abidine
Tél : 05 22 28 91 79/80

Consultation C2 : 300

RX Z12 : 200

~~EFR K30 :~~

Nébulisation + O2 + ventoline :

~~Pléthysmographie K72 :~~

~~Biopsie pleurale + évacuation :~~

~~Testes cutanés 2K15 :~~

11 22008
11R SEP 24
11V 39DH90



Exomuc®
acétylcystéine 200 mg

30 sachets
PROMOPHARM S.A.



118000 240341

زيتروماكس
أزيتروميسين



3 أقراص / 00 mg

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

P.P.V.

7970

FW4144

CS0040.0913

09366030/4

20 comprimés
effervescent
sécables

20 mg

(métsulfobenzozate sodique)

Cotipred®
prednisolone

كوتبرد®

بردنزلون
(ميتاسلفوبينزوات صوديوم)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابل للسكر

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métsulfobenzozate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de

prednisolone (sous forme de
métsulfobenzozate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 08/25

LOT : L2795

b

bottu s.r.l.
82, Allée des Casseuses - Ain Seba - Casablanca
Sâcheuchi - Pharmacien Responsable

100165
05/14

Docteur FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophtisilogie (PARIS)

Certificat d'Endoscopie Bronchique

Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

الدكتور فكري عبد الغني

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

21 Novembre 2022

Casablanca, le

COMPTE-RENDU RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

de : Monsieur ZAMANI Mohamed

Silhouette cardiomédistinale normale .

Pas de lésion(s) pleuro-pulmonaire d'allure évolutive.

Au total : image thoracique normale.

Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355 Bd Ziraoui - Casablanca
Tél : 05 22 29 91 79/80

Docteur FIKRI Abdelghani

الدكتور فكري عبد الغني

Diplômé d'Etudes Spécialisées
de Pneumophthisologie (PARIS)
Certificat d'Endoscopie Bronchique
Membre de la Société de
Pneumologie de Langue Française

PHARMACIE OULMES CASA
S:A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
Bd Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

اختصاصي في أمراض
الجهاز التنفسي
كلية الطب بباريس

مختص بفحص القصبات الرئوية بالمجواف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

21.11.2022

Casablanca, le

Mr ZAMANI Mohamed



79.70
1 ZITHROMAX 500 MG

Prendre 1 comprimé par jour, pendant 3 jours.

40.00
2 COTIPRED 20 MG

Prendre 2 comprimés le matin, après le repas, pendant 5 jours. (régime sans sel)

39.90
3 EXOMUC 200 mg glé p sol buv : Sach/24

1 le matin, à midi et le soir, pendant 5 jours.

Docteur FIKRI Abdelghani

159.60
Docteur FIKRI Abdelghani
Pneumologue
355, Bd Ziraoui - Casa
Tél : 05 22 29 91 79 / 80