

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

entaire :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0039284

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1740(01) Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KAROUS F. ZAHRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 26 25 93 42

Total des frais engagés : 13 AOÛT 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur EL ALAOU MILAMDI
Moulay Youssef
Médecine Générale
10 Rue Salé (A.M) Casablanca
Tél / Fax : 0522 47 56 94

Date de consultation : 11/08/2020

Nom et prénom du malade : Karous F. Zahra

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

1082020
ON
100,00
DOCTEUR EL ALAOU MHAMDY
Monlay Youssef
 Médecine Générale
 16 Rue Salé (A.M) Casablanca
 Fax : 0522 26 47 94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE du PORT
 194, Bd. Tahar - ALMA
 Tel: 0522 26 47 94 - Casablanca

11/28/2022

100,00

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 :

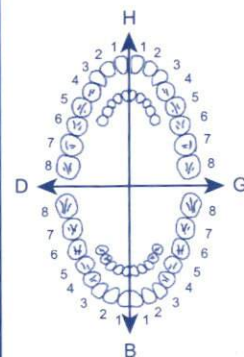
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

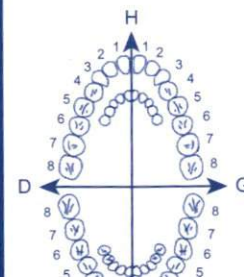
Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS



Docteur El Alaoui Mhamdy Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

Ancienne Médina

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

Casablanca

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدي يوسف

الطب العام

16، زقة سلا (أمام جامع الشلوع)

المدينة القديمة

الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94

الدار البيضاء

11 AOUT 2020

Casablanca, Le : : الدار البيضاء، في

Karim Rima Zire

364° Koproz Long

34° 5' fin

S.V

30,6° Nigini

S.V

33,0°

24° 10' (Amr)

S.V

100,00

Docteur EL ALAOU MHAMDY
Moulay Youssef
Médecine Générale
16, Rue Salé (A-10) Casablanca
Tél / Fax : 05 22 47 56 94

Voie locale

COMPOSITION

Ciprofloxacine (sous forme de chlorhydrate) : 15,00mg

Chlorure de sodium, solution de chlorure de benzalkonium à 10%, edétate disodique, acide chlorhydrique, eppri q.s.p 5ml

Excipient à effet notoire : Chlorure de benzalkonium

SPECTRUM 0,3%

Gouttes auriculaires
En Flacon de 5 ml



Lire attentivement la notice avant utilisation de ce médicament

يجب قراءة النشرة بعناية قبل استخدام هذا الدواء

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و سري الأطفال

Composition

Prednisolone.....20 mg

(sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p...1 comprimé effervescent

Excipients à effet notoire : Lactose, sodium

التكوين :

بريدنيزولون.....20 ملغ

(على شكل ميتسلفوبينزوات صوديوم)

سواغ كمية كافية.....قرص واحد فوار

سواغ ذات تأثير معلوم : اللاكتوز، تصوديوم

1	☀	☀	☾
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586