

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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 060190

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1867 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALIMI MOHAMED

Date de naissance : 01-07-1939

Adresse : Hay GABARAKA Bloc 114 N°8 Hay EL OUS-BOURNOU 85 CASABLANCA

Tél. : 0678134667 Total des frais engagés : #2656,50# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur FIKR Abdelghani Pneumologue 365, Boulevard El-Hajj Lassa Tél. 05 22 29 79/80

Date de consultation : 29/12/2020

Nom et prénom du malade : EL OUCHEZ ACH Age :

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

Nature de la maladie : ALD

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 : 29/12/2020

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
16/11/20	ce		300 DA	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16	2252.50
	12	
	2020	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

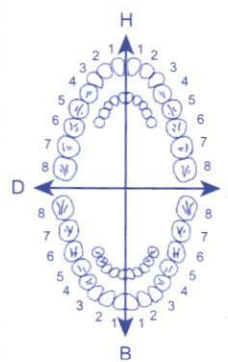
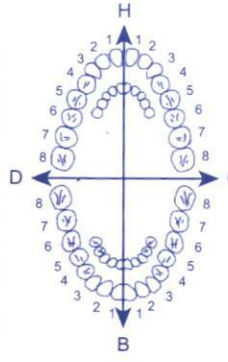
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/11/20			x7		12.5
	16/11/20		x1			201

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 prothèse 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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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 FIKRI Abdelghani

Diplômé d'Etudes Spéciales
de Pneumophthisiologie (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 بالمجوف

عضو بالجمعية الفرنسية المتخصصة
بالجهاز التنفسي وأمراض الرئة

Casablanca, le 16.12.2020

Mme EL OUGRI Aicha

58,50 x 2

1 HYDROXO 5000

1 par jour, pendant 7 jours.

53,10

2 RELAXOL

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir.

48,50

3 COTIPRED 20 MG

Prendre 3 comprimés le matin, après le repas, pendant 5 jours. (régime sans sel)

297,00 x 4

4 SYMBICORT TURBUHALER 200/6 µg pdre p inhal : FI/120 Doses+embout buc
4 boîtes

1 bouffées le matin et le soir, pendant 3 mois. (se rincer la bouche après)

45,30 x 2

5 VENTOLINE 100 µg susp p inhal : FI/200c

2 boîtes

2 bouffées le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours. et si besoin, après les 8 jours (toux, gêne respiratoire et avant effort)

210,00 x 3

6 ROMILAST 10 MG

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois.

125,30

VAXIGRIP susp inj SC IM en ser : Ser préremplie/0,5ml

PHARMACIE Yafa

Mme AL KHAFFI AMAL

Imm 52 Hay Moubaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL : 05 22 73 94 44

PHARMACIE Yafa
Mme AL KHAFFI AMAL
Imm 52 Hay Moubaraka
Sidi Bernoussi - Casablanca
TEL : 05 22 73 94 44

1 = 2252,50

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

355, شارع الزيراوي - الدار البيضاء - هاتف العيادة : 05 22 29 91 79/80
E-mail : a.fikripneumo@hotmail.com



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118001 300372

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118001 300372

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118001 300372

Sanofi-aventis Maroc

Route de BORDJ BOU
Ain sebaâ Casablanca
Vaxigrip Tetra 15 µg/0,5 ml
sol 1/1 b1

P.P.V.: 125,30 DH



6 118001 082247

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir benou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200µg µg Pâte p un
Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21NRQ P.P.V.: 297,00 DH



6 118001 020706

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir benou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200µg µg Pâte p un
Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21NRQ P.P.V.: 297,00 DH



6 118001 020706

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir benou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200µg µg Pâte p un
Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21NRQ P.P.V.: 297,00 DH



6 118001 020706

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir benou al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

200µg µg Pâte p un
Flacon de 120 doses

104/14 DMP/21NRQ P.P.V.: 297,00 DH



6 118001 020706

Cotipred® 20 mg

prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041010

PPV: 48DH50

PER: 09-23

LOT: J2217

bottu
87, Allée des Caennaises - 93100 La Courneuve - Casablanca
3.863974 - 3.863974

DROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 07/2023
LOT 06003 2

PPV 58DH50

EXP 07/2023
LOT 06003 2

hydroxo 5000

4 Ampoules injectables



6 118000 032182

hydroxo 5000

4 Ampoules injectables



6 118000 032182



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

Le 16.12.2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

(A adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

A remplir par le praticien

Pneumologue

365, Boulevard Ziraoui Casablanca
Tél. 05 22 29 91 72/93

Je soussigné:

Certifie que Mlle, Mme, M : Elouadi Aicha

Présente

Aspirine + Rivotril + Doliprène

Nécessitant un traitement d'une durée de:

long court

Dont ci-joint l'ordonnance:

(A défaut noter le traitement prescrit) Symbricort 200 + Rivotril + Doliprène

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

É - mail : Mupras @ royalairmaroc.com