

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.

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.

Education :

- 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.

Prothèse :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- 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 personnelles.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19-0025403

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société : 58607

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULAL HALINA

Date de naissance : 13/03/53

Adresse : 2 Bis Rue NAHDA Oujda

Tél. : 0665075016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39, Bd. Mohammed VI

Date de consultation : 02/02/2021

Nom et prénom du malade : OULAL HALINA Age :

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

Nature de la maladie : Spine 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 : Oujda Le : 08/02/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] 08/02/2021

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
21/02/21	C	1	10000	Dr KERZAZI Mohammed CHIRURGIEN 39, Bd. Mohammed V - ALGER

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALIFANE Dr MAAROUF Mouria 4 Bd. Jelloul Med Hay Saada Tél: 05 36 53 22 20 - OUDJDA INPE 082067835	21/02/2021	21020

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

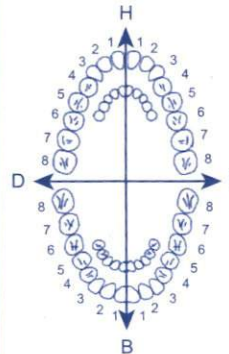
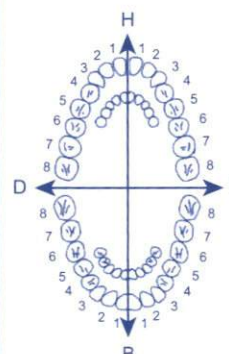
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'OC

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>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA



الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة

Oujda, le 21/2/21 في وجدة،

OUAL Halil

8700
- BZOVANC 50



2200
- Rinn 1000



3880
- Tuxal 2 500



1400x3
4200
- 2 1000



1970
24020
- 2 1000



PHARMACIE CHU
ALIRFANE
Dr MAAROUF Nouria
14 Bd Jelloul Med Hay Saada
Tél: 05 36 53 22 20 - OUJDA
INPE 082067835

Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39, Bd. Mohammed V

APAZIDE®

Nifuroxazide

Diarrhées infectieuses

Voie orale

b

botu^{s.a}

82, Allée des Casuarinas, Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

200

Adultes



16 gélules

At 6/70
PPV 1/30 H 70
PER 1/1/21
LOT H 2394

✓

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1942



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Cassarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1942



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1942



Chaque comprimé contient 500 mg de lévofloxacin.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage d'origine.
lire la notice avant utilisation

Respecter les doses prescrites

Liste I - sur Ordonance

500 ملغ

BioVanic 500 mg

7 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. وأجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية بيطاميل - الدار البيضاء

بيوفلوكسانيل

ليفوفلو كساسين

LOT: M0448
PER: 12/2022
PPU: 87,00DH

مضاد حيوي

أقراص ملبسة عن طريق الفم

7

بيوفلوكسانيل

ليفوفلو كساسين
أقراص ملبسة عن طريق الفم

500 ملغ

مضاد حيوي

COOPER PHARMA



٧/٢٠٢٤ م - ١٤٤٦ هـ

١٢٥٠ مل



250 ml

محلول للشرب

عن طريق الفم
0,3%

بدون سكر

موكسول
أمبروكسول

PPV (DH) :

3 18 1

LOT N° :

1 1556

UT. AV. :

2 1

38,80

موكسول[®]

أمبروكسول

بدون سكر

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

ريزو ميلين

٢

PHARMA5
LOT : 3066
UT.AV:08-23
PPV:22DH70

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
باسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول