

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

- Reclamation : 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-602802

60505

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7707 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FAHLI KHALID
 Date de naissance : 30/04/1981
 Adresse : Hay Woods, Res: FAJR, IMM.D, N°5, BERNOUCCI CASABLANCA
 Tél. : 0614 253900 0614 356763 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 05/01/2021
 Nom et prénom du malade : FAHLI KHALID Age: 39 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pneumopathie Bactérienne
 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 : Agdal Fait à : 05/01/2021
 Signature de l'adhérent(e) : 05/01/2021 Le : 05/01/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Avenue Chardy 08 B.P. 2801 Abidjan 08 T: 20 21 66 01 / Fax: 20 24 22 13 Cel: 49 79 88 45	05-01-2014	12820

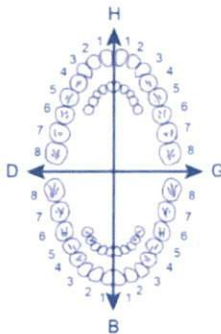
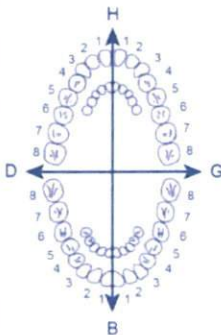
[illegible][illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
				MONTANTS DES SOINS 														
				DEBUT D'EXECUTION 														
				FIN D'EXECUTION 														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS 													
				DATE DE L'EXECUTION 														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MEDICAL NADINE

DR CHEHADE ADELL



Médecine générale

Pédiatrie

Tél.: 22 44 46 46

Cel.: 07 95 21 85

N° O.N.M.C.I.: 4593

Abidjan, le 05/09/...

ORDONNANCE MEDICALE

Patient (e):

M. FALLI Khaled

① Pluvisedol sup Tx sech (1)

1CU - 3

②

3 matin

Predni 40 p af- (1)

3p - - - - - 5h

③

Co-ANOX 18

1p x 2

Total = 12.820 XOF

Cabinet Medical Nadine
Dr. CHEHADE ADELL
Médecin Généraliste / Pédiatre
Tél.: 22 44 46 46 / 07 95 21 85
N° O.N.M.C.I.: 4593

Pharmacie Avenue Chard
08 B.P. 2801 Abidjan 08
Tél: 20 21 66 01
Fax: 20 24 22 13
Cel: 49 79 88 45

NB : Prière d'apporter l'ordonnance à la prochaine consultation



Centre des Impôts : Cocody

Adresse :

Abidjan-Cocody, Rue du Lycée Technique
03 BP 507 Abidjan 03 - Tél.: 22 44 46 46
Cel: 07 95 21 85 - RC.N° CI-ABJ-2011-A-5144
SGBCI n° 000100 634931 205

[illegible]

Arrêtée la présente Facture à la Somme de:

NET A PAYER

La Comptabilité

بريدني 20
كوبر — بريدنيزولون

20 ملغ

20 x

قرصا
فوارا
قابلا للكسر

مدة 4 صبح 1 زوال 1 مساء 1



يحفظ من الرطوبة ويعاد غلق
القارورة جيدا بعد كل استعمال

A conserver à l'abri de l'humidité
Reboucher soigneusement le
flacon après chaque prise

Tableau A (liste I)

احترم المقادير الموصوفة
Respecter les doses prescrites

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب
Uniquement sur ordonnance

لا يترك في متناول و مرأى الأطفال
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants
قبل الاستعمال انظر النشرة داخله

Lire attentivement la notice interne avant utilisation

يحفظ بعيدا عن الرطوبة

A conserver à l'abri de l'humidité

PREDNI 20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés
sécables
effervescents

20 x

DURÉE MATIN MIDI SOIR

COOPER
PHARMA

41, Rue Med Diouri 20110 Casablanca
Amina DAOUDI Pharmacien Responsable

PREDNI 20mg

20 comprimés effervescents sécables

6 118000 081753

Formula :

PREDNI 20MG COOPER CPR
8EQ EFFV B/20

3.280 CFA

8059362 18/06/20

9 005818 8059362 18/06/20

Sirop

Fluisédal

- Benzoate de Méglumine / Prométhazine

FLUISEDAL SIROP FL 125ML

1.930 CFA



006918

3063107

1/10/20

TOUX SÈCHE

Enfant de plus de 2 ans

Adulte

Arôme caramel

ÉLERTÉ

CoAmox AcinoTM 1000



Amoxicilline & Acide clavulanique

Antibiotique

12 comprimés pelliculés

Voie orale

PHCIE AVENUE CHARDY SARL U
COAMOX 1000 CP B/12



2269884 4/01/21

7.610 FCFA

ALLIANCE PHARMACEUTICALS SARL



acino
Switzerland

CoAmox AcinoTM 1000

12 film-coated tablets

12 comprimés pelliculés

PHARMACIE AV. CHARDY

DR LY DJENEBA

TEL: 20 21 66 01 / FAX: 20 24 22 13

Reçu n° 172415 05/01/2021 17:27

C: MME AKE - V: MME AKE

FLUISEDAL SP 125ML	
3063107 / 1930x1	1930
PREDNI 20MG CP EFFV B/20	
8069362 / 3280x1	3280
COAMOX 1000MG CP B/12	
8042357 / 7610x1	7610

Cash : 12820

TTC : 12820

Versé : 20000

Rendu : 7180

Règlement : ESPEC

VOTRE PARTENAIRE SANTE ET BIEN
ETRE