

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

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

Déclaration de Maladie

N° W21-720684

121110

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 12085

Matricule : 12085 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** : Prof

Nom & Prénom : FARHATI

Date de naissance : 15/04/1994

Adresse : Résidence les collines de Sidi Nassif Casablanca

Tél. : 0644 70 3548 Total des frais engagés : 416 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.06.20

Nom et prénom du malade : FARHATI Age : 26

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

Nature de la maladie : NEURORHINOLOGIE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Accident de la route

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je prie de vouloir bien me transmettre les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

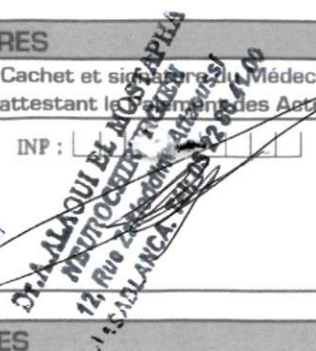
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 01/07/2020


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
29/06/22		3	300 DH	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/06/2022	116,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

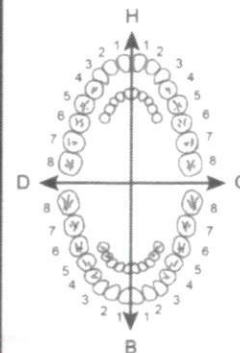
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

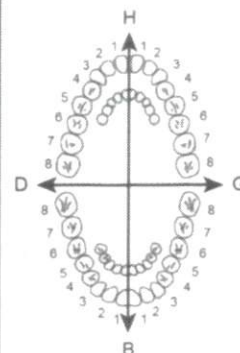
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. El Mostapha Aziz ALAOUI

Neurochirurgien
Chirurgie de la colonne vertébrale
Electroencéphalographie

18, Rue Abou Maachar quartier des Hôpitaux
(à coté de Radiologie Anoual) - Casablanca
Casablanca - Tél.: 05 22 86 41 00
E.mail: doctoralaoui@hotmail.com

Sur Rendez-vous



الدكتور عزيز علوي المصطفى

أخصائي في أمراض وجراحة الرأس،
الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري
التخطيط الكهربائي للدماغ
، ، 18 ، زنفة أبو معشر حي المستشفيات
بجانب الفحص بالأشعة أنوال - الدار البيضاء.

الهاتف: 05 22 86 41 00
doctoralaoui@hotmail.com البريد الإلكتروني:
بالموعد

Casablanca, le..... في الدار البيضاء في

29/06/2022

FARHATI Afaf

86,70

SIRDALUD

1/2 comprimé

22H

30,00

DOLTRAM

1 COMP

9H

12H

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE 5 JOURS

116,70

DR. EL MOSTAPHA ALAOUI
NEUROCHIRURGIEN
12, Rue Zekrane Attacus
CASABLANCA. Tél: 05 22 86 41 00



POLTRAM[®]

Tramadol/Paracétamol

37,5 mg/325 mg

20 comprimés pelliculés

Voie orale

301100

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Composition en substances actives pour un comprimé pelliculé :
chlorhydrate de tramadol 37,5 mg, paracétamol 325 mg

Excipients : qsp 1 comprimé pelliculé

A conserver dans son emballage extérieur

محفظ داخل العلبة الخارجية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

مركز الجوعان للحد

Tableau A (Liste I)

جدول ۱ | (لانتحة ۱)

ملغ 325 / ملغ 37,5

1977

طرامادول / بار اسیطامول

6

82. م. الكازيارناس عين السبع - الدار البيضاء
 تن. البينطونفس - صيدلي مسؤول



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ بعيداً عن مرمى و متناول الأطفال

Lire attentivement la notice avant utilisation

يرجى مراجعة النشرة قبل أي استعمال

AMM N°: 227/15DMP/21/NNP

DOLTRAM® 37.5mg/125mg

Tromadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



61180001041559

100171
11/15

NOVARTIS

Sirdalud®
Tizanidine
4 mg

Composition :
Tizanidine : 4 mg
Excipient à effet notoire : Lactose

التركيبية:
التيزانيدين: 4 ملغ
سواء ذو مفعول معروف: لكتوز
Voir la notice pour plus d'information
اقرأ النشرة لتتعمد من المعلومات
Conservé à une température
ne dépassant pas 25 °C.
يجب أن يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية

45x21x85

15

NOVARTIS

Sirdalud®
Tizanidine

Par voie orale

4 mg 30 comprimés sécables / قرص قابل للكسر

سيردالود®

التيزانيدين

عن طريق الفم

Date lim. ut :
N° lot/fab :

01.2025
KU439

NOVARTIS

Sirdalud®
Tizanidine
4 mg 30 comprimés sécables / قرص قابل للكسر

سيردالود®

التيزانيدين

(91)

1816021 MA

Fabriqué par:

Novartis Urünleri
Kurtkoy 34912 Istanbul

Tribulaire de l'AMM:
Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaoui, Q.I Ain
Sebâa 20 590 Casablanca - Maroc.

يصنع من طرف

صاحب الرخصة

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH



6 118001 030293

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
(احترموا المقتدیر الموصیة)

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية
يحفظ الدواء بعيدا عن متناول الأطفال

NOVARTIS
Sirdalud®
tizanidine

4 mg 30 comprimés sécables