

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 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-610048

196165

Maladie Dentaire Optique A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 41251 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MALKI MOUNEF

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662264886 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13-02-2024

Nom et prénom du malade : MALKI IMES Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Toux chronique Noct.

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : *[Signature]* Le : 13/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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
13/02/24			2507	INP : 09017248  Professeur de Post-Diplôme 3,4 Bd Abdeloumen - Casablanca Tél: 0522 22 22 22 - Fax: 0522 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Sun Square Almaz SARL AU Dr. Amrani Walid 218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz, Rond-Point Sun Square - Casablanca Tél: 06 20 20 19 20 Tél: 06 21 15 44 9	13/2/24	247,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

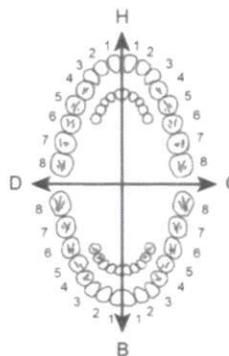
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

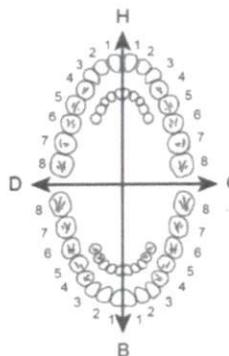
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
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

Pédiatrie
Néonatalogie et Réanimation néonatale

Ex-enseignant à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Consultations sur Rendez-vous



طب الأطفال

أستاذ سابق بكلية الطب
بالدار البيضاء

الزيارة بالموعد

Casablanca, le 13/2/24 في الدار البيضاء،

Pharmacie Sun Square Almaz SARL AU
Dr. Amr Al Walid
218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade de l'Ouest - Casablanca
Tél - Vsp : 06 20 20 19 20
MPE : 062115449

MARKI INES

21,40 40/ BUTAMYX (S.V)

1 em x 21 j x 18cm

80,- 20/ Betostem (S.V)

130 gte/j x 05 jns

196,40 30/ ROMILAST (S.V)

1cp le soir
vers 19H

247,80

Dr. NEJJARI Nouredine
Professeur de Pédiatrie
314, Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 05.22.23.23.80 - Fax : 05.22.23.23.81

Honzing Pediatre

250 DH

Dr. NEJJARI Nouredine
Professeur de Pédiatrie
314 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 23 23 21 - Fax: 0522 23 23 31



روميلاست® 4 ملغ
مونتيوكاست

Mfg. Lic. No.: 38/MD/AP/2007/F/CC
Fabriqué par: MSN Laboratories Private Limited,
Formulations Division, Plot No.42, ANRICH Industrial Estate,
Bollaram, Sangareddy District-502325, Telangana, Inde

صنع من طرف
مختبرات برين الخاصة بمجموعة المسولوية
للمعة رقم 42 انريش المنطقة الصناعية ، بولارام ،
منطقة سانغاريدي - 502325 ، تلانغا - الهند



Romilast® 4 mg 4 ملغ
مونتيوكاست

MONTÉLUKAST



4 mg/ملغ 4

30 Comprimés à Croquer
Voie Orale
30 قرصا للقضم
عن طريق الفم

Romilast® 4 mg
MONTÉLUKAST

02/2020-F

B2289-0F

Romilast® 4 mg
MONTÉLUKAST

Importé par: Sun Pharmaceuticals Morocco LLC
219, Bd Zerkoutni, Angle Bd Roudani, 5ème étage.
CP 20330 El Maarif, Casablanca Maroc.
Médicament Autorisé N°: 557/19 DMP/21/NRQd

مستورد من طرف
صان الدوائية المغرب ل ل س
219- شارع الزركوتي مقي شارع رودي، الطابق
5- 20330 ماأريف، الدار البيضاء، المغرب

22

ROMILAST® 4mg
30 comprimés à croquer
Voie orale



6 118001 300358

PPV : 196DH40

Composition:
Montélukast sodique
Equivalent en Montélukast 4 mg.
Excipients q.s.p un comprimé.
Excipients à effet notoire: Aspartam, Lactose.
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi. **lire la notice à l'intérieur.**
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de la lumière et de l'humidité.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة
TABLEAU A (Liste I)

التركيبة:
مونتيوكاست الصودي.
ما يعادل من مونتيوكاست 4 ملغ.
الأسوة كمية كافية لكل قرص.
سواغات ذات آثار معروفة: أسبارتام، لكتوز.
الإرشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة
واحتمايات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.
يحفظ به بعيدا عن مرأى ومناول الأطفال
يحفظ في غلافه الخارجي الأصلي،
بعيدا عن الضوء والرطوبة.

B. No. : BRC06019A
Exp. MAY 2024

GTIN: 18904159604573
Ser. No. C0006714AAHFV



روميلاست® 4 ملغ
مونتيوكاست