

# 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.

## Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

MUPRAS  
RECEPTION 9

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0009107**

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2261 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ALJAOUHARI Abdelati Date de naissance : 21.01.1951

Adresse : B.P. 19595 - Sidi Moawen - Rue 14 - N°11 - Casablanca

Tél. : 0661429518 Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/10/2019

Nom et prénom du malade : ALJAOUHARI Abdelati Age : .....

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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

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

Le : 30/10/2019





# 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
30/10/19	C		100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/10/19	194,20

# 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	

# 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

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

	D	H	G	B	
	25533412	21433552			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000			MONTANTS DES SOINS
	00000000	00000000			DATE DU DEVIS
	35533411	11433553			DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmed LAMQUAMI

MEDECINE GENERALE

Expert Assermenté Pxrés Les Tribunaux

ECHOGRAPHIE GENERALE

الطبيب أحمد لمقامي

الطبيب العام

خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

Had Ouled Frej le

أحد أولاد فرج في

13 0 OCT 2019

837

Ramee Zeb



AL JAOUHRI

ABDELATI

TA: 16/10

Uros

PRODARI



6907

DOUVOX



24/11

1947

24/11



حي القسم رقم 11 - أحد أولاد أفرج - الهاتف : 05 23 36 40 40

Hay AL Qassam N11 - had Ouled Frej - Tél : 05 23 36 40 40

8370

LOS: 51175000  
PE: 30 712  
PE: 30 712

**ROMAC<sup>®</sup> 300 mg**

roxithromycine

7 Comprimés

*Dr. J. J. J.*

ROMAC<sup>®</sup> 300 mg ○

7 Comprimés

6 118000 230274



## PREDNI®20

Cooper — Prednisolone  
Comprimés effervescents sécables

## PREDNI®20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés  
sécables  
effervescents

20 x

## PREDNI®20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale

Comprimés  
sécables  
effervescents

20 x

DURÉE MATIN MIDI SOIR



COOPER PHARMA

41, Rue Méd Diouri 20110 Casablanca  
Amino DAOUDI Pharmacien Responsable

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

42.00

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي

Commencez à prendre ce médicament.

Ne le relâchez pas.

En cas de doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou votre pharmacien.

Ne le donner jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes.

Si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez à votre médecin.

Il contient

20 comprimés effervescents sécables.

Chaque comprimé contient 20 mg de Prednisolone, sous forme de métsulfobenzate sodique de

prednisolone

anhydride, saccharine sodique, lactose monohydraté, benzoate de sodium,

citronnade

et pamplemousse, jus concentré d'orange

essence de citron, linalol, terpinéol, acétate d'éthyle.

Lactose, Sorbitol, Sodium

Chlorure de Sodium (H: Hormones systémiques non sexuelles).

Il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

Il est utilisé

pour les douleurs d'attaque ou aux traitements de courte durée nécessitant des doses moyennes ou

élevées, en fonction de votre poids et de la maladie traitée.

Ne le prenez pas avec de l'alcool et ne le modifiez pas, ne l'arrêtez brutalement sans l'avis de votre médecin.

Prenez-le avec un verre d'eau en une prise le matin, au cours du repas. Respecter la prescription de votre

médecin. Ne le prenez pas brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la

durée du traitement.

Ne le prenez pas avec des médicaments

contenant du sel ou du sucre.

NE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Le Cooper, comprimé effervescent sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables,

qui peuvent être graves si on ne suit pas les recommandations et notamment le régime (cf. Mises

en garde).

En cas de traitement prolongé, des effets plus ou moins gênants.

Il peut entraîner des effets indésirables (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement

spécifique.

Il peut entraîner

des effets indésirables (sel, sucre, potassium) pouvant nécessiter un régime ou un traitement

spécifique de l'articulation de la hanche (ostéonécrose).

D'autres effets indésirables ont été observés:

• Risque d'insuffisance de sécrétion de la glande surrénale.

• Retard de croissance chez l'enfant.

• Troubles des règles.

• Faiblesse musculaire, rupture des tendons surtout en association avec les fluoroquinolones (antibiotiques).

• Troubles digestifs: ulcères digestifs, hémorragies et perforations digestives, constipation, diarrhées, flatulences.



# Docivox<sup>®</sup>

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

**Maux de gorge**  
**Enrouements passagers**



LOT: 190071  
bEUg: 02/2022  
69.00 BH



Gout menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires

A déconseiller