

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 : 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

M22- 0021667

152834

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SKIREDT LEILA
Date de naissance : 05/04/1958
Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA IH 43N°1
CASABLANCA
Tél. : 0660649334 Total des frais engagés : 1764,20 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب والشرابيين
119, Bd Abdelmoumen
Tél. 05 22 20 94 02, 1er Etage N°4
Urgence: 06 61 06 29 52

Date de consultation : 09/03/2023
Nom et prénom du malade : SKIREDT Leila Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA ch. essor 7
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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
09/3/2023		2250	300 DH	Dr. ATLAB Mustapha Cardiologue أخصائي أمراض القلب والشرابيين 119, Bd Abdelmoumen Tél: 05 22 20 94 09, 1er Etage N°4 Urgence: 06 61 06 29 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

	09/3/23	1464,2 M
---	---------	----------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

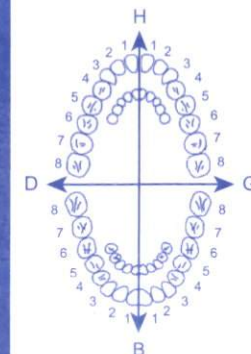
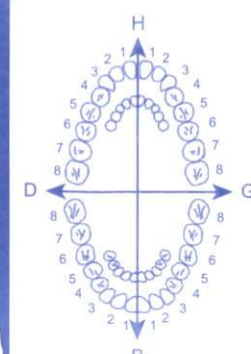
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ECG

Nom : SKREDJ LEILA Sex :

Age :

Clinique N :

Section :

SN : 0000085

Case No. :

Lit No. :

Date : 09/03/2023 13:30:44



25mm/s 10.00mm/mV

Fréquence:	1000Hz	PR Interval:	--
Temps d'écha	4s	QT Interval:	--
FC:	64bpm	QTc Interval:	--
P Interval:	--	P Axis:	--
QRS Interval:	--	QRS Axis:	--
T Interval:	--	T Axis:	--

Prompt:

Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
أخصائي أمراض القلب و السرايين
119, Bd Abdelmoumen
Tél: 05 22 20 94 02 1er Etage N°4
Urgence: 06 61 06 29 52

Signature Medecin :

Docteur ATLAB Mustapha

CARDIOLOGUE

- Echodoppler Couleur Cardiaque et Vasculaire
- Holter Rythmique et Tensionnel
- Epreuve d'Effort



الدكتور عتلاب مصطفى

طبيب اختصاصي في امراض القلب والشرابين

- الفحص بالصدى للقلب و الشرايين
- تخطيط القلب عند بذل المجهود
- تسجيل الضغط الدموي بالهولتير
- الهولتير تخطيط القلب

Casablanca, le : 09-3-23

SKINEDJ Leila

24x3 - Levothyrox 100 µg 1 - 1

120x6 - IRVEL 150 mg 1 - 1

769x2 - Cardexel 1 mg

114x3 - Crestor 5 mg 1 - 1

967 - Zyloric 100 mg 1 - 1

64x2 - Axi-myc 1g 1 - 1

1464x2 - 3 mos

ATLAB Mustapha
Cardiologue
اختصاصي امراض القلب والشرابين



Dr. ATLAB Mustapha
Cardiologue
اختصاصي امراض القلب والشرابين
119, Bd Abdelmoumen
Tél: 05 22 20 94 02 - 1er Etage N°4
Urgence: 06 61 06 29 52

متحللا
14 قرصا



1
3

أموكسيسيلين

أكسيمين

A CONSERVER A UN
TENIR HORS DE LA
LABORATOIRES DE PHC

المختبر - القاهرة

تحتفظ الشركة بحقوقها

أvalier la communica

LOT 26007 2
EXP 06/2024

PPV 64DH10

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

AXIMYCINE® 19
comprimés dispersibles
118000 031161

متحللا
14 قرصا



1
3

أموكسيسيلين

أكسيمين

À CONSERVER A UN
TENIR HORS DE LA
LABORATOIRES DE PHC
البيضاء - المغرب

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 26007 2
EXP 06/2024



031161

118000

6

البيضاء - المغرب

MAJOC

27, RUE DES OUDAKA - CASABLANCA - MAROC

AXIMYCINE® 19g

comprimés dispersibles

Réservez la présentation

Assurez la conservation

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342


Irbésartan



28

comprimés pellicu

Voie Or

120100

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

**IRVEL®**
Irbésartan



28

comprimés pellicu

Voie Or

120100

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

**IRVEL®**
Irbésartan



28

comprimés pellicu

Voie Or

120100

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

**IRVEL®**
Irbésartan



28

comprimés pellicu

Voie Or

120100

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907

**IRVEL®**
Irbésartan



28

comprimés pellicu

Voie Or

120100

IRVEL® 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907


Irbésartan



28

comprimés pellicu

Voie Or

120100

IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés



6 118000 071907



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites

يجب التّقليد بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

- لا يستعمل لدى:
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون استعمال وسائل منع الحمل الفعالة.
 - المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 76,90 DH



7862160242

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

Respecter les doses prescrites
يجب التمسك بالجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER

كاردنسيال + الحمل = خطر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

لا يستعمل لدى:
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون استعمال وسائل منع الحمل الفعالة.
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.



Cardensiel® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 76,90 DH



7862160242

ملغ **100**

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés

L.M.M. N° 63 DMP/21/NTT

BOTHEMA BOUSKOURA



Remboursable AMO



6 118000 022268

LOT 222268

EXP 06 2026

PPV 46.70 DH