

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° W21-776559

Pay Pion

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3218 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 153552

Nom & Prénom : BELSID Zaina

Date de naissance : 18/12/54

Adresse : BLOC E 11 N 39 Cité Bab el Agadir

Tél. : 0661389556 Total des frais engagés : 433,20 Dhs

Cadre réservé au médecin

DR. Salah Eddine RAQIM
Cardiologue
Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3 - AGADIR
Tél: 06 63 05 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10
ICE: 001606391000023 - I.F: 75766116
N°PE: 041118886

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023

Nom et prénom du malade : Beljid Zaina Age : 67 ans

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

Nature de la maladie : DNID + HTA + PAC

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 : Agadir Le : 15/02/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-776559

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3218

Nom de l'adhérent(e) : BELSID Zaina

Total des frais engagés : 433,20 Dhs

Date de dépôt :

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
15 FEB 2023	G		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LOTFY Docteur en Pharmacie 2000 El Kawkabi, 23 Deka - AGADIR TAL : 05 28 23 59 69	15/02/23	433,70 dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Laboratoire et 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.

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	INP : <input type="text"/>								
				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>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				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

AGADIR LE : 15/02/2023 : أكادير في :

MME BELJID ZAINA

- **Atacand 16 mg - comprimé sécable**
1 Comprimé, matin, pendant , 4 mois
- **Detensiel 10 mg - comprimé pelliculé**
1/2 Comprimé, matin, pendant , 4 mois
- **Kardegic 75 mg - poudre en sachet**
1 dose, midi, pendant , 4 mois
- **Dipicor 5 mg - comprimé**
1 Comprimé, soir, pendant , 4 mois
- **Crestor 20 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, soir, pendant , 4 mois
- **Forxiga 10 mg - comprimé pelliculé**
1 Comprimé, midi, pendant 3 mois

165.50 x 2
32.00

30.20

433.20

Dr. Salah Eddine RAQIM
Av. Hassan II, Imm. Ifrane 3
Tél: 06 53 05 00 22 Tél/Fax: 05 28 84 84 10
ICE: 001606391000023 - I.F.: 75766116
INPE: 041118886

PHARMACIE LOTFY
Khaïm LOTFY
Docteur en Pharmacie
44, Rue El Kawkab El Dja Dakhla - AGADIR
Tél: 05 23 23 96 09

Votre R.D.V le : موعديكم يوم :

■ ECHO-DOPPLER CARDIAQUE (Adulte & Congénital) ■ CHOCARDIOGRAPHIE DE STRESS ■ HOLTER ECG (72h)
■ ECHOCARDIOGRAPHIE TRANS-OESOPHAGIENNE ■ HOLTER TENSIONNEL ■ ECHO-DOPPLER VASCULAIRE

Atacand® 16 mg
candesartan cilest

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول
وبصر الأطفال

[ATA16mg/ANIIIA/0716 11]

Lot: 24002
Exp: 12 2024
Fab: 01 2022



**ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب / 140/16 DMP,
N° AMM Tunisie / رقم رخصة التسويق في تونس / 5103076

140/16 DMP P.P.V. 1:65,50 DH
6 118001 118001 020546

SYNTHEMEDIC
23 rue arabeur versu al soulem rochais
notres casablanca
ATACAND
16 mg
Bte de 30
Cg ref:

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - بمصر فقط بناء على وصفة طبية



DÉTENSIEL® + GROSSESSE = DANGER
ديتسييل + 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 يستخدم لدى:
- فتيات أو النساء في سن
الإنجاب دون وسائل منع الحمل
الفعالة،
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم
وجود بديل علاجي



DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

78621602396

02/2025
G01088
03/2022
EXP:
Lot:
Fab:

Atacand® 16 mg
candesartan cilest

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول
وبصر الأطفال

[ATA16mg/ANIIIA/0716 11]

Lot: 13951
Exp: 09 2023
Fab: 10 2020



**ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT**

Ne pas utiliser chez la femme en
l'adolescente ou la femme en âge
de procréer, et sans contraception efficace

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب / 140/16 DMP,
N° AMM Tunisie / رقم رخصة التسويق في تونس / 5103076

140/16 DMP P.P.V. 1:65,50 DH
6 118001 118001 020546

SYNTHEMEDIC
23 rue arabeur versu al soulem rochais
notres casablanca
ATACAND
16 mg
Bte de 30
Cg ref:

Composition :

Acétylsalicylate de DL - lysine 135 mg
Quantité correspondante en acide
acétylsalicylique 75 mg

Excipient à effet notoire : Lactose.

INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament
est préconisé dans le traitement de certaines
affections du cœur et des vaisseaux.

Mode et voie d'administration : Voie orale.
TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES
ENFANTS.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Mises en garde spéciales : Réservé à l'adulte.

A conserver à une température ne dépassant pas
25°C.

Conserver les sachets dans l'emballage extérieur,
à l'abri de l'humidité.

Médicament non soumis à prescription médicale.

LOT : 22E007
PER.: 06 2024

KARDEGIC 75MG
SACHET 3 B30

P.P.V : 30DH70



Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250,
Casablanca - Maroc.

Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Fabricant : sanofi-aventis Maroc
km 10, route côtière 1^{ère}, quartier industriel Zenata -
Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.