

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> Adhésion et changement de statut | adhession@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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-804519

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>U9</u>	Société : _____		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BEN HAGOUNE</u>
Nom & Prénom : <u>BEN HAGOUNE</u>		Date de naissance : _____	
Adresse : _____			
Tél. : _____	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/ /
Nom et prénom du malade :	Age : _____
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	_____
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sur le pli confidentiel (attention au 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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-804519
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 :	_____
Nom de l'adhérent(e) :	_____
Total des frais engagés :	_____
Date de dépôt :	_____

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture

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
DROITE	GAUCHE			
12 13 14 15 16 17 18	23 24 25 26 27 28			
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33			
42 41 31 32	30 31 32 33			

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire	
DROITE	GAUCHE	H	
12 13 14 15 16 17 18	23 24 25 26 27 28	25533412 00000000	21433552 00000000
48 47 46 45 44 43	38 37 36 35 34 33	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
42 41 31 32	30 31 32 33	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :
DECLARATION N° P 14/0015426		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

Mme

Cachet
MUPRAS



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

P 14/0015426

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 489	Signature de l'adhérent		
Nom & Prénom					
Fonction	Phones				
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient				
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age		
Nature de la maladie		Date 1ère visite			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
clés		300 DH			
PHARMACIE	Date				
Montant de la facture					
473.30					
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires				
Ma	600 DH				
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV	CACHET	

Marrakech Le : ٢٣/٠٩/٢١

Nom et Prénom :

Touzia bennayoun

Echarpe Claude au
corps

Dr SKALLI My Ismail
Chirurgie Traumatologique et orthopédique
AV. ABDERRAHMANE BEN YOUSSEF 1 C-73
Marrakech (M) Tel +212 06 65 66 23
INPE 071243919

Rendez vous : Sur App DabaDoc

INPE : 071243919



05 25 003 004



06 64 65 66 23



drskalli@hotmail.fr



Avenue Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.

ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569

Marrakech Le : 23/05/2023

Nom et Prénom :

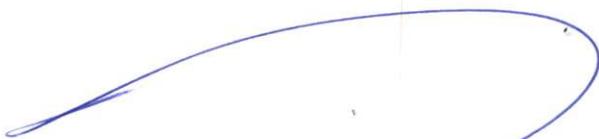
Tomie ben haycun



FIP

Rx de l'épaule Dr.

FIP



Rendez vous : Sur App DabaDoc

INPE : 071243919



05 25 003 004



06 64 65 66 23



drskalli@hotmail.fr



Avenue Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.

ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569

Marrakech Le : ٢٣/٠٥/٢٣

Nom et Prénom :

Touzia benhayoun

Capt. N° de Radiodoss.

C.C. Classification de l'épate.

Dte

. Rx du Radius l'epate.

Sur Radi

. Rx du Col l'epate.

INPE 071243919
Marrakech - Tel. 221 06 61 65 72 73
Dr. Allal El Fassi, Lot. Bousiane 1 C 73 - RDC
Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
Dr. My Ismail Skalli, Chirurgien Traumatologue et Orthopédiste

Rendez vous : Sur App DabaDoc

INPE : 071243919



05 25 003 004



06 64 65 66 23



drskalli@hotmail.fr



Avenue Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.

ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569

Marrakech Le :

15/05/23

Nom et Prénom :

Nom et prénom : Touzia bennaycine

FACTURE

Facture N :

QUANTITÉ	DESCRIPTION	PRIX UNITAIRE	TOTAL
1	Consultation	300	300
2	Radiographie	300	600
TOTAL DÛ			900

Pour toute question concernant cette facture, veuillez contacter : Votre nom à ce numéro Téléphone ou à l'adresse Adresse e-mail.

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE CONFIANCE.

*Dr. My Ismail Skalli
Signature :
Boussane 1 - C-73 (RDC), Marrakech*

Rendez vous : Sur App DabaDoc

INPE : 071243919

05 25 003 004 06 64 65 66 23 drskalli@hotmail.fr

Avenue Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.

ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569

الدكتور عبد العجليل البارودي

اختصاصي محجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

E.C.G, HOLTER, TEST D'EFFORT

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

HOLTER TENSIONNEL

05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Fax : 05 24 43.89.26

GSM : 06 66 41 66 16

Mme Benhayoun Tawia

Hémoglobine glyquée

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritania > Marrakech

Tél : 05 24 43 02 86/05 24 43 11 83

PHARMACIE "LABORATOIRE
Dr. KHOURSSAJI Abdellkader
1^e étage Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech

Marrakech, le :

16 MAI 2023

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000

Marrakech Le : 15/05/23

Nom et Prénom :

Toumia ben hayam

76.8

Voltarene 75 mg gel

1 gel. x 2. /jrs.

Pdt

4 jrs



82.10

raciper 20mg

1 cp le matin /jrs

pdt.

10 jrs



108.00 Nociceptol gel

pdt

10 jrs



30.00

1app x 3 /jrs

pdt

1 tube



Tracet cp

89.60

1cp. X3 /jrs.

En cas de besoin



Relaxuim 300 mg

1 gel. /jrs

pdt

14 jrs

473.30

Rendez vous : Sur App DabaDoc

INPE : 071243919

Dr. My Ismail Skalli - Chirurgien Traumatologue-Orthopédiste
 Avenue Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.
 ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569



05 25 003 004



06 64 65 66 23



drskalli@hotmail.fr



Avenue Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.

ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569

Propriétés : Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire.

Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage. La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

Conseils d'utilisation : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DMP/20UCAVI



6 111269 050072 >

Relaxium® B6



1 gélule par jour

magnésium
vitamine B₆

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220749
DLUO : 10/2025
87,00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES



146-147 Zi. Tit Mell - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

طرايسيت®

كلوريدرات الترامادول + باراسيتامول

عن طريق الفم

37,5
+
325
مع
مع

Tracet® 37,5 mg + 325 mg

Chlorhydrate de tramadol + Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 331414

20
قرصاً
مغلفاً

30/00



Voie orale

14 Comprimés gastro-résistants

三

E
6

1

四

2

1

1

104

三

卷之三

10

The logo for Rasheed features the brand name in large, stylized Arabic script where the letters are interconnected. To the right of the name is a circular graphic containing a stylized blue and orange flame or fire symbol. The background of the logo is white.

RACIPER® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6118001300716

Médicament Autorisé N°: 393/15DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste III)

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Village Gangwala, Tehsil Paonta Sahib,
Distt. Sirmour - 173 025, Himachal Pradesh, India.

Importé par :

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070, Casablanca

PPV:82 DH 10

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا الجرعات الموصوفة

Liste II - Uniquement sur ordonnance.
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.

لائحة II - يصرف فقط بعمر جب وصفة طبية
بحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مرأى الأطفال.

ov 30

PPV : 76.20 DH



Comprimés enrobés

Voltarène® SR
mg
imprimés enrobés