

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W21-804519

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 479 Société : BEN HAYOUNE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEN HAYOUNE

Date de naissance : 16/09/1967

Adresse : 169367

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 : Agnès

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 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) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>											
				Montant des soins <input type="text"/>											
				Début d'exécution <input type="text"/>											
				Fin d'exécution <input type="text"/>											
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	Montant des soins <input type="text"/>
	H		G												
	25533412	00000000	21433552	00000000											
00000000	35533411	00000000	11433553												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la Profession			Date du devis <input type="text"/>												
			Fin d'exécution <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution													

VOLET ADHERENT		NOM : _____	Mle _____
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			
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		Mle 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	
elis		300 PH	
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
473.30			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Ma	600 PH		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
CACHET			

Marrakech Le

15/09/23

Nom et Prénom :

Tounia ben hayoun

Etcharpe Lander au
Carp

Dr. SKALLI MY ISMAIL
Chirurgie Traumatologie-orthopédie
Av. Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC)
Marrakech (tel : +212 06 64 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 :

15/05/23

Nom et Prénom :

Toumi ben heyoun

Rx du rachis lombo

F / P

Rx de l'épule D.

F / P

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 :

Tania Benhayou

Cepte Me de Radiologie

Ce Certificat de l'épave

Dte

pe de Radiologie

Sur Radi

pe de la Ls Radi

Dr. My Ismail Skalli
Chirurgie Traumatologie, Orthopédie
Av. Allal El Fassi, Lot El Boustane 1-C-73 (RDC), Marrakech.
Tél : +312 06 64 63 88 23
INPE 071243919

Rendez vous : Sur App DabaDoc

INPE : 071243919

Marrakech Le :

Nom et Prénom :

Nom et prénom :

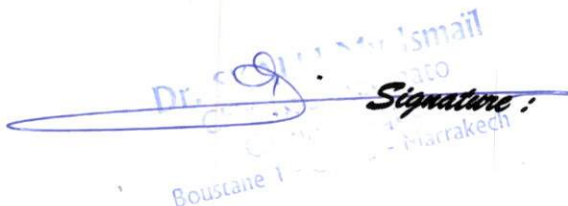
FACTURE

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
Boustané 1 - 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 Boustané 1-C-73 (RDC), Marrakech.

ICE : 002419131000062 - CNSS : 1861321 - IF : 37731569

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرابين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

☎ 05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Fax : 05 24 43.89.26

GSM : 06 66 41 66 16

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

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

HOLTER TENSIONNEL

Mme Benhayoun Touria

Hémoglobine glyquée

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritanie - Marrakech
Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

PHARMACIE - LABORATOIRE
MAJORELLE
Dr. KHOURSAJI Abdelkader
Angle Allal El Fassi et Yacoub El Mansour - Marrakech

Marrakech, le :

16 MAI 2023

Dr. My Ismail Skalli

Chirurgien Traumatologue
orthopédiste



د. مولاي اسماعيل الصقلي

أخصائي جراحة العظام المفاصل
والاوتراف

Marrakech Le :

Nom et Prénom :

Tecnia ben hayoun

76.20
Voltarene 75 mg gel

1 gel. x 2. /jrs.

Pdt

4 jrs

82.10
1 gel. /jrs
raciper 20mg

pdt.

10 jrs

198.00
1 cp le matin /jrs
Nociceptol gel

pdt

10 jrs

30.00
1app x 3 /jrs
Tracet cp

pdt

1 tube

87.00
1cp. X3 /jrs.
Relaxuim 300 mg

En cas de besoin

1 gel. /jrs

pdt

14 jrs

473.30
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

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/20UCAV1



Relaxium®

B6

300 mg



1 gélule par jour

magnésium
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

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

VOIE ORALE
30 GÉLULES



146-147 Zi. Tr. Mellé - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

طراسيت®

كلوريدات الترامادول + باراسيتامول

عن طريق الفم

37,5 مغ
+
325 مغ

Tracet® 37,5 mg + 325 mg

Chlorhydrate de tramadol + Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 3314 14

20
قرصا
مغلفا

30/100

14 Comprimés gastro-résistants
Voie orale


Raciper®
Esomeprazole magnesium

RACIPER® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6 118001 300716

20 ملغ

14 قرصا مقاوما
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

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

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste II)

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED

Village Ganguwala, Tehsil Paonta Sahib,
Distt. Sirmour - 173 025, Himachal Pradesh, Inde

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 بموجب وصفة طبية
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و عن مراهي الأطفال.

02/1/70

PPV : 76,20 DH

Comprimés enrobés

○ VOLTARENE® SR 75 mg

6 118001 030408



كامل

276

Voltarène® SR
mg
mprimés enrobés