

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

- 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- 0048127

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société : 170108
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Rholam Rita
 Date de naissance : 01-07-1974
 Adresse : Terrasses de Boussouza Imm 10 apt 1
 ville verte
 Tél. : 0661334217 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Aziz CHAFIQ Neurochirurgien
 51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
 Tél. : 0522 54 02 60
 Date de consultation : 19/07/2023
 Nom et prénom du malade : Rholam Rita Age : 49 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cruralgie
 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 : Casablanca
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
 Le : 19/07/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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
19.07.2023			35900	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



Tél : 05 22 59 09 97 / 06 65 74 74 62

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, le 19.07.2013 في الدار البيضاء،

pharmacie
ALLOZO
A PHARMA
988747462
Tél: 05 22 54 02 60

1/ 2/ 3/ 4/ 5/ 6/ 7/ 8/ 9/ 10/ 11/ 12/ 13/ 14/ 15/ 16/ 17/ 18/ 19/ 20/ 21/ 22/ 23/ 24/ 25/ 26/ 27/ 28/ 29/ 30/ 31/ 32/ 33/ 34/ 35/ 36/ 37/ 38/ 39/ 40/ 41/ 42/ 43/ 44/ 45/ 46/ 47/ 48/ 49/ 50/ 51/ 52/ 53/ 54/ 55/ 56/ 57/ 58/ 59/ 60/ 61/ 62/ 63/ 64/ 65/ 66/ 67/ 68/ 69/ 70/ 71/ 72/ 73/ 74/ 75/ 76/ 77/ 78/ 79/ 80/ 81/ 82/ 83/ 84/ 85/ 86/ 87/ 88/ 89/ 90/ 91/ 92/ 93/ 94/ 95/ 96/ 97/ 98/ 99/ 100/

11

Dufler

27,80

24

Vitensal

132,90

31

gobline

37,00

41

Dulosten

51, Bd. Rahal El Meskini - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

T=198,70

PPV
LOT
PER



28,80

à utiliser pendant le traitement
réservée aux spécialistes en cardiologie et

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج

دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب وا



6 118001 100859



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



56 gélules

25 mg

GABLINE®
Prégabaline

GABLINE

LOT 230243 1

EXP 12 2024

PPV 132.90 DH 56 g

Voie orale

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRES



لا ج دون استشارة الطبيب.

من الفسفرة يمكن استعمال دولا
ر حمض اليوريك في الدم
يتعين إطلاع طبيبك أو صيدلانيك

إلة الحامل أو المرضعة، في حال

رضاعة إستشارة طبيبك أو صيدلانيك

سنة : 1-2 قرصا جرعة واحد

معانون من الفشل الكلوي (تصفية

في جميع الحالات يتعين التقيد بوصفة طبيبك
طريقة الاستعمال :

عن طريق الفم

مدة العلاج :

تقيدوا بوصفة طبيبك

الأثار الغير مرغوب فيها

يمكن أن يحدث هذا الدواء آثارا غير مرغوب فيها :

مرتبطة بالبارصيطامول :

حالات نادرة من تفاعلات فرط الحساسية ، وذمة وعائية ، والطفح

مرتبطة بثيوكوكولشيكوزيد :

- إمكانية حساسية الجلد

- إضطرابات نادرة للجهاز الهضمي : الإسهال ، وآلام في المعدة.

لا تترددوا في استشارة طبيبك أو صيدليكم والإشارة إلى أي أثر

احفظ

لا تتجاوزوا التاريخ المبين على الغلاف الخارجي

تخزين في درجة حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.

لا يترك في متناول الأطفال.

قائمة :

رخصة رقم : 285/12DMP/21/NCN

مالك رخصة التسويق بالمغرب :

فارما

راديو إيزوتوب ميديتيراني فارما

المنطقة الصناعية

بوزنيقة - المغرب

د.م. الحوياشي - صيدلي مسؤول.

مص

م

زنفة أميوط

الدار البي

DULASTAN® 500 mg / 2 mg
Boîte de 20 comprimés

دولاستان®

علبة من 20 قرصا

37-00