

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- 0010670

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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) :

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
08/10/23	01	1	2514,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FLEURY D'ORANGERIE 11, Avenue des Orangers - Ain Sebaie Casablanca - Tél: 05 22 34 36 88	09/08/23	2514,20

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 :

Veillez 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"/>														
				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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																	
	[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

ECG ECHOGRAPHIE ET SUIVI DIABÈTE
HTA THYROÏDE
DIPLOME DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE CASABLANCA



Diplômé de la faculté
de Médecine et de pharmacie
de Casablanca

Dr Tarik Dlia

CERTIFICAT MEDICAL
Omnipraticien

12 Mg 85'
Alte R 2000

g. 8
2023

390,00 x 3

Gel Vis. Remy / 1500

129,00 x 3

Zovax 200

59,10

Ciclo 180 AC

1 app 10

2 18,00 x 3

Afistel 200

Docteur Tarik DLIA
Omnipraticien
85, Allée des amandiers, Résidence les Amandiers
RDC N° 14 - Ain Sebaa - Casablanca
Tél. 06 64 44 66 66 / 05 22 35 89 15

PHARMACIE FLEURS D'ORANGERS
SABLI
11, Allée des Orangers - 4 6063
Casablanca - Tél: 05 22 34 38 88
ZAOUI Aicha

PHARMACIE FLEURS D'ORANGERS

SAS

41, Allée des Orangers - Al Sebaâ
Casablanca - Tél: 05 22 34 38 88
ZAOUI Aicha

105,00 x 2

S.V

~~Don de la Snc CH~~

3ms

14.50

S.V

supp out Hemor' line

coll → St. Hemifit

6071 — → — S.V 2

19,60

— De out Hemor' line

coll n3 -

W.A. appen -

T: 2514,20

Docteur Tarik DLIA
Omnipraticien
85, Allée des amandiers - Résidence les Amandiers
RDC N° 14 - Ain Sebaâ - Casablanca
Tél.: 06 64 44 66 06 / 05 21 35 09 15

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

PAROXETINE WIN 20MG

CP B30

PPV: 129,00 DH

6 118000 062301

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 300 mg, cp b 28

P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

anti hémorroïdaire

pommade rectale

6 118000 180272

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

PAROXETINE WIN 20MG

CP B30

PPV: 129,00 DH

6 118000 062301

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 300 mg, cp b 28

P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

مرهم ضد البواسير

6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg

Boîte de 60 comprimés pelliculés

PPV : 390,00 DH

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

PAROXETINE WIN 20MG

CP B30

PPV: 129,00 DH

6 118000 062301

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1

Ain sebaâ Casablanca

Aprovel 300 mg, cp b 28

P.P.V : 218,00 DH

6 118001 080908

19150

CICLOVIRAL® 5%

Crème dermique

Tube de 10 g

6 118000 070320

LOT:224263

EXP:05/25

PPV:59DH10

REMBOURSÉ

par la 50

MUTUELLE

©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne

Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

REMBOURSÉ

par la 50

MUTUELLE

©2020 ACON Laboratories, Inc.

6 82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne

Casablanca 20040 Morocco

Tel: + 212 5 22 22 34 07

+ 212 5 22 22 12 55

Fax: + 212 5 22 47 45 92

Hemofast®

Pommade et Suppositoires

Pas de code barre

COMPOSITION

Pommade : Chlorhydrate de cinchocaïne 0,50 g

Hydrocortisone 0,50 g

Excipient q.s.p. 100 g

Suppositoires : Acétate d'hydrocortisone 0,005 g

Esculose 0,010 g

Benzocaïne 0,100 g

Excipient q.s.p. 1 suppositoire

PROPRIETES

Pommade et suppositoires anti-hémorroïdaires.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament est une assoc. d'un anesthésique local (pommade et suppositoires) et d'hydrocortisone.

Ce médicament est préconisé dans le traitement des douleurs ou de démangeaisons.

CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT ETRE utilisé en cas d'allergies aux anesthésiques locaux. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISE EN GARDE

- Ce médicament n'étant pas indiqué en cas de virus, des parasites et des champignons. Pour les suppositoires : l'attention doit être portée sur la spécialité qui contient un principe actif. pratiqués lors des contrôles antidiarrhéiques.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Le traitement doit être de courte durée. En cas de douleurs, consultez votre médecin. EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN, ET EN PARTICULIER POUR L'UTILISATION DES SUPPOSITOIRES : certains

Hemofast®

6 Suppositoires

Voie rectale

14,50