

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

N° W21-811205

174434

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7062 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAAD MIRIAM

Date de naissance : 10-11-1957

Adresse :

Tél. : 670156869 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AIT LHOU Haja
Médecin Interne
CHU Agadir

Date de consultation : 17/09/23

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : COUFD

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 : /

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
17/08/23			C6	INP # 049004872 CHU Agadir Médecin Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.10.23	525,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

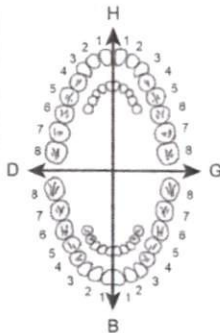
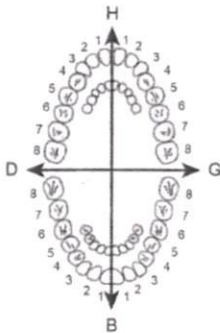
[illegible]

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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

ordonnance
COVID

Date : 6/7/08/23

Nom et prénoms : Frehaad Fikriem

20100 B = 60

1) Febres Sachet sans sucre

2) $25 \times 3 / j$ pdt 10j
 $56,3 \times 0,4 = 225,20$
D - cure 25000 UI

3) $53,10$ 7 amp / $\times 3$ / par semaine pdt 2 mois
Relaxol 500 \rightarrow 4

4) $79,70 \times 2 = 159,40$
Zithromax 500 $\times 3 / j$ pdt 7jrs
 \rightarrow 4

5) $27,50$ 2 cp / \rightarrow pdt 6jrs
Spasfon \rightarrow 4

Residence baytil sakan
av Errachidia by Mohamoud

Dr. AIT LHOU Hajar
Médecin Interne
CHU-Agadir



**Facture N° FAC-89928**

Date : 04/09/2023

MME MAAD MERIEMagadir, Maroc
80000

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
SPASFON CO 80MG B30 COMP	1	27,50	2	27,50
ZITHROMAX CO 500MG B3 COMP	2	79,70	2	159,40
RELAXOL CO 500MG/2MG B20 COMP	1	53,10	2	53,10
FEBREX ST ADULTE SANS SUCRE B8 SACHETS	3	20,00	2	60,00
D CURE AB 25000 UI VIT D3 B4 AMPOULES BUVABLES	4	56,30	2	225,20

Code de TVA	1	2	3	Total HT	490,84 DHS
Taux	0%	7%	20%	TVA	34,36 DHS
Montant (DHS)	0	34,36	0	Total Organisme	0 DHS
				Total Client	525,20 DHS
				Total	525,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent vingt-cinq DHS et vingt centimes

Signature
Résidence baytii saken C
av. Errachidja hay mohammedi
Agadir
Tel : 05 28 23 10 44
PHARMACIE ZINEB

30 COMPRIMES ENROBES
30 قرص ملبس



phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg



fabriqué sous licence par :



Zenith Pharma
96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc.
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.

(103X44X26)mm

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants
يحفظ بعيدا عن متناول ونظر الأطفال.
AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ



05143



Spasfon®
30 comprimés enrobés

6 118000 330226



زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 3 2024

P.P.V.

79 70

LOT N° : 6 J 8 5 9 5

29,20

09366030/4

زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° :

79 70
79,70

09366030/4



رولاكسول® 500 ملغ / 2 ملغ

باراسيتامول / ثيوكولشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20



P.P.V : 53DH10



LOT : 22E004

PER.: 01 2025



SURDOSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament
contenant du paracétamol.

Dépasser la dose peut détruire le foie.

Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés
par prise minimum 4 heures d'intervalles. Ne
pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis
médical.

MCP210MA04118
26/11/2020

PPV: 56,30 DH
LOT: 21K23D
EXP: 11/2023

10

Ergo
maroc
SOLUTIONS D'ÉCLAIRAGE



Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

كوليكالسيغيفرول 25 000 وحدة دولية
فيتامين D3

أمنولات
ن-كتر

4 أمنولات للشرب

Fabriqué par
SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHIE-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE[®] AMPOULE



6 118001 320080

0

2

PPV: 56,30 DH
 LOT: 21K25D
 EXP: 11/2023

PP210MA004118
 26/11/2020

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

Cholécalférol 25 000 UI
 Vitamine D3



Importé par : **Ergo**  **maroc**

Les laboratoires ERGO MAROC
 108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N° : 279/20dmp/NRQd



1 .. / ..
 2 .. / ..

3 .. / ..
 4 .. / ..



PPV: 56,30 DH
 LOT: 22J24D
 EXP: 10/2024

MCP210MA004118
 28/11/2020

4 ampoules buvables

D-CURE[®] AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI
 Vitamine D3



Importé par : **Ergo[®]** Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
 108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N° : 279/20dmp/NRQd



1 .. / ..
 2 .. / ..

3 .. / ..
 4 .. / ..



4 أمبولات للشرب

د-كير® أمبولات

كوليكا السفيرونول 25 000 وحدة دولية
فيثامين D3

D-CURE® AMPOULE



6 118001 320080



Ergo
maroc
L'Association Marocaine de Pharmaciens

Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Fabriqué par **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE. Belgique.



PPV: 56,30 DH
LOT: 22J24D
EXP: 10/2024

14

MCP210MA004118
26/11/2020

FEBREX[®]

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED LOT : 1232
UT.AV: 01-26
PPV: 20DH00

FEBREX[®]

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED LOT : 1955
UT.AV: 02-26
PPV: 20DH00

FEBREX[®]

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED LOT : 1948
UT.AV: 02-26
PPV: 20DH00