

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

N° W21-811203

174435

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7062 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAAD MIAM

Date de naissance : 10-11-1957

Adresse :

Tél. : 0670156762 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AIT LHOUCHE
Médecin Interne
CHU-Agadir

Date de consultation : 26/08/23

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.08.23	185,20

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

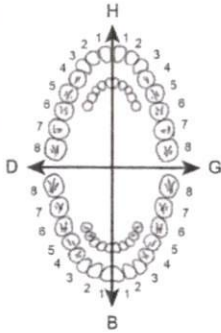
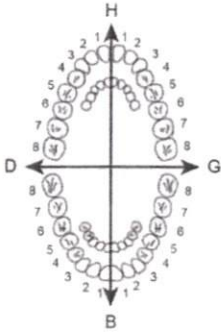
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 0000000 0000000 D ——— G 0000000 0000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مندوبية أكادير إداوتنان
+٣٥١ ٥ ٤٨ ٨٤٠ +٣٥١ ٥ ٤٨ ٨٤٠
DELEGATION D'AGADIR IDAOUTANANE

المملكة المغربية
+٠٨٨٤٦ ١٨٤٠٤٥٨
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
+٢٠٤٠٤٠١ ٨٨٤٠٤٨ ٨ ٨٨٤٠٤٨
مديرية الجهوية للصحة والحماية الاجتماعية
لجهة سوس ماسة

Date: 6/24/08/23

Nom et prénoms

- 1) Antidotal uen \rightarrow
2 ap x 3j' pda 15,
- 2) Carbosylame gel
2 gel x 3j' pda 15,
- 3) Wedolima \rightarrow
2 ap x 3j' pda 7j

Dr. AIT LHOU Hajjar
Médecin Interne
CHU-Agadir

**Arrêté la présente facture à la somme de :
Cent Quatre-vingt Cinq Dirhams et 20 centimes.**



PPC : 89,00 DH
Lot : CIX50
Date de péremption : 08/2025

Tube 60 gr



Relaxe



Apaise



⊗

Laboratoire Sothema
CARBOSYLANE
Boîte de 96 gélules (48 doses)
PPV 74,00 DH

6 118001 070893

LOT: 117
EXP: 12-2025

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Ce médicament est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 6 ans dans le traitement symptomatique des états dyspeptiques (digestion difficile) et du météorisme (ballonnement intestinal).

يوصف هذا الدواء لدى البالغين والأطفال فوق سن 6 سنوات لعلاج أعراض عسر الهضم (الهضم الصعب) والانتفاخ المعوي.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

عن طريق الفم.

Unité de prise : 2 gélules jumelées (bleue et rouge).

الجرعة الواحدة : 2 كبسولات (واحدة زرقاء وواحدة حمراء)

Lire la notice intérieure avant utilisation.

اقرأ النشرة الداخلية قبل الإستعمال.

MISE EN GARDE SPECIALE :

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

Pas de précautions particulières de conservation. لا توجد احتياطات خاصة للحفظ.

FABRICANT :

"Laboratoires GRIMBERG SA

ZA des Boutries - Rue Vermont - 78704 Conflans-Sainte-Honorine Cedex - FRANCE"

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ AU MAROC :

Laboratoires SOTHEMA - B.P. N° 1, 27182 BOUSKOURA – MAROC

Sous licence des LABORATOIRES GRIMBERG SA

AMM MAROC N°: 261R1/20/dmp/NRQad

MEDICAMENT NON SOUMIS A PRESCRIPTION MEDICALE.

دواء يصرف دون وصفة طبية.



Laboratoires
GRIMBERG



PPV:22DH20
PER:01/25
LOT:M145

Codoliprane®

Paracétamol / Codéine

400 mg / 20 mg

16 Comprimés sécables



Adulte