

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-787400

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal air maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOUSSI LAHOUCINE
 Date de naissance : 30/6/1946
 Adresse : Rue Moulay Abdelhafide N°7 Hay ELHASSAT
 Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 1108 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : IGHOUAS Fadma

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : Laayoune

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/10/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-787400

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 : 3462
 Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI LAHOUCINE
 Total des frais engagés : 1108 DH
 Date de dépôt :

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 Rattachement des Actes
	CS		2000	Dr. Abdelhak Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux N° 43-Rue Al Qods Libyenne 06 43 02 52 35 Fax : 09 28 89 6 21056361

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

Dr. Adel El...
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Valvulopathies
N° 43 Rue Al Qods Libanaise
Tél: 06 43 02 52 39 Fax: 06 28 89 04 20
21056361

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MUSTAPHA 35. Av Hassan II Laâyoune Tél: 05 26 89 23 59 Dr. ELARABI YASSINE INPE: 022067482	03/10/23	502,00

Montant de la Facture

03/10/23

302,00

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35. Av Hassan II Laâyoune
Tél: 05 28 89 23 59
Dr. ELARABI YASSINE
INPE: 022067482

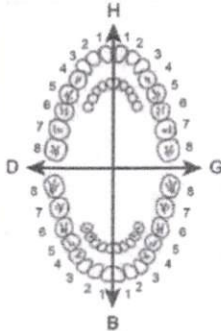
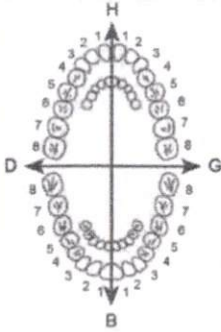
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: [][][][][][][][]

11/11/11



11/11/2019

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

11/11/2019

11/11

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE
Dr ADEL EL KHATABI
Cardiologue
Diplômé de la faculté de médecine de RABAT

Le , 03/10/2023

Facture

Nom : IGHOULAS

Prénom : FADMA

Examens réalisés : Consultation = 200.00

Total = 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents dirhams.

Signé : Dr. Adel EL KHATABI

Dr. ADEL EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
N°43 Rue Al Qodous Boune
Tél : 06 43 82 52 39 Fax : 06 43 82 52 39
22056361



عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél: 06 43 02 52 39 Fax: 05 28 89 04 20
21056361

MME IGHOULAS FADMA

254,00 X3

672,00 • Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

25,00 X2

50,00 • Digoxine native 0,25 mg - comprimé
1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois

20,00 X9

180,00 • Sintrom 4 mg - comprimé sécable

1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur 2, le soir 2 heures loin
des repas, pendant 3 mois

902,00

Dr. Adel EL KHATABI
Spécialiste des Maladies
du Cœur et des Vaisseaux
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune
Tél: 06 43 02 52 39 Fax: 05 28 89 04 20
21056361

PHARMACIE EL MUSTAPHA
35. Av Hassan II Laâyoune
Tél: 05 28 89 23 59
Dr. ELAROU YASSINE
INPE: 022067482

03 OCT. 2023

Laâyoune le.....

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يُحفظ بعيداً عن النّار

يُحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يُحفظ بعيداً عن النّار

يُحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يُحفظ بعيداً عن النّار

يُحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيداً عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

EXFORGE ○

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Exforge® 5 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية



6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOÏTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés

Voie orale





6 118001 040117
DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOÏTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

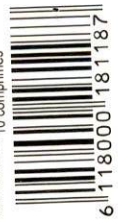
30 comprimés

Voie orale



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

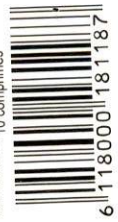
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

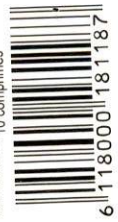
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

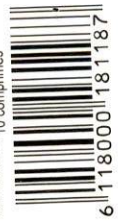
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

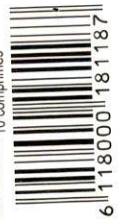
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

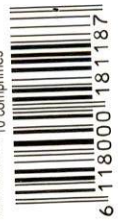
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

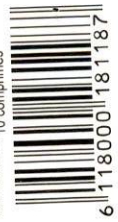
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

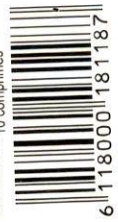
عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :



سنتروم 4 ملغ
أسيتوكلوماول

Sintrom® 4 mg
Acetoclozamal 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/INRQ

عن طريق الفم
10 أقراص من فئة 4 ملغ

PPV : 20100
Exp :
N° Lot :

