

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-777489

191600

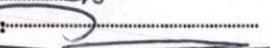
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>9562</u>	Société : <u>ROYAL AIR MAROC</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MAHOUYI BABA A012</u>			
Date de naissance : <u>13-4-70</u>			
Adresse : <u>31 Rue Kenitra Dakhla</u>			
Tél. : <u>0661147604</u> Total des frais engagés : Dhs			

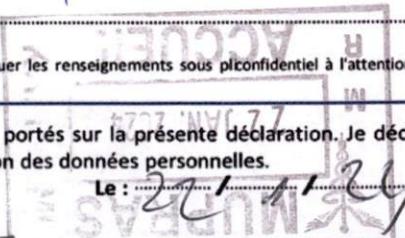
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Dr AHNENNIA Lahoucine Omnipraticien-Echographie Diabète - Maladies du cholestérol - Obésité - Régimes Angie-Bd la Résistance - Palestine Imm 224 1er Etage Appt 1. Mohamedmedia			
Date de consultation : <u>28/12/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>KHOUFYI BABA ABIL</u> Age:			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>HTA + Magore</u>			
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 : 2013 Le : 2013

Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE 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
28/12/2023 consultation			2000	INP : NPE QSI 100167 D'ANNEMONT Dr. GUY L'ECOUEZ Date : 28/12/2023 Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA CROIX ROUGE TÉL : 01 40 22 22 22	28/12/23	407,710

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

RELEVE 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 canalaires, 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"/>																		
				Début d'exécution <input type="text"/>																		
				Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	 <p>H 1 2 3 4 5 6 7 8 2 1 2 3 4 5 6 7 3 4 5 6 7 8 1 2 4 5 6 7 8 1 2 3 5 6 7 8 1 2 3 4 6 7 8 1 2 3 4 5 7 8 1 2 3 4 5 6 8 1 2 3 4 5 6 7</p> <p>D G</p> <p>B</p>																					
	<table border="0"> <tr><td style="text-align: right;">H</td><td style="text-align: left;">25533412</td><td style="text-align: right;">21433552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">D</td><td style="text-align: left;">00000000</td><td style="text-align: right;">00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: right;">B</td><td style="text-align: left;"></td><td style="text-align: right;"></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">G</td><td style="text-align: left;"></td><td style="text-align: right;"></td></tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																					
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
				Montants des soins <input type="text"/>																		
				Date du devis <input type="text"/>																		
				Date de l'exécution <input type="text"/>																		

Dr LAHDUCINE AHNENNNAI

Médecin qualifié en : Diabétologie - maladies du Cholestérol - Nutrition- Obésité - Régimes - ECG
Prévention et Prise en charge Pied diabétique

Echographie - omnipraticien

Diplôme Universitaire 3^{ème} cycle en Diabétologie

Diplôme Universitaire 3^{ème} cycle en Pied diabétique

Diplôme Universitaire 3^{ème} cycle en Nutrition Obésité et ses complications métaboliques.

De la Faculté de médecine de Montpellier France.

Prévention, Dépistage et prise en charge Pied diabétique

Exploration neurologique du pied/gradation du risque

Exploration vasculaire au doppler du pied/IPS

الدكتور اهنيني الحسين

داء السكري أمراض الكوليسترول

التغذية - السمنة - الحمية

الطب العام التشخيص بالصدى - تخطيط القلب

دبلوم جامعي السلك الثالث في داء السكري

دبلوم جامعي السلك الثالث في قم السكري

وقياس تشخيص وعلاج قدم السكري

دبلوم جامعي السلك الثالث في التغذية السمنة

ومضاعفاتها

من كلية الطب بمونبولي فرنسا

Mohammedia, le 20/12/2023

ORDONNANCE

Nom & prénom

KHOUYIBABA. AHIL

SDND

* 1/-

Tegame (15)

x 1 mois

100M

/i

Fiflo

2/-

Aplex (15)

PHARMACIE ALMAJU SARL AU
RES. LES PRAIRIES DE SIDI TELLA
IMM. 24/25 22 23 24 25 26 27
Tél: 06 22 23 24 25 26 27

SDND

3/-

ACP (1)

Roger carillon

INP: 092084540

Hypotension

SDND

4/-

Betaohine

bleu

(15)

SDND XL

5/-

Aspirine

5/5

x 2 mois

SDND

6/-

Aspirine

5/5

Rogé
Cavailles
DEPUIS 1924

PAIN SURGRAS
ULTRA HAUTE TOLÉRANCE

SURGRAS DERMATOLOGIQUE

Ultra-rich cleansing bar • Dry to very dry skin

Testé dermatologiquement

PEAUX SÈCHES À TRÈS SÈCHES

3



ACL = EAN

طريقة الاستعمال:
عن طريق الجلد

تطبيق واحد في اليوم، بعد تنظيف وتجفيف المنطقة، يليها تدليك خفيف
خلال الليل، يمكن تقطيع المنطقة المعالجة بشاش

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée

Une application par jour, après avoir nettoyé et séché la zone concernée, suivie d'un massage léger.

Pendant la nuit, la surface traitée peut être recouverte d'une gaze.

CONSERVATION

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C

Ne pas laisser à la portée des enfants

LOT : 073

PER : MAI 2026

PPV : 58 DH 00

الحفظ :

يُحتفظ به في درجة حرارية تقل عن 30°C مئوية.
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

ONIFINE® 1% Crème

Terbinafine

Tube de 30 g



Ph.J. PHARMACEUTICAL INSTITUTE

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



COSYREL 5mg/5mg Q
30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14011057



COSYREL®

5mg/5mg

comprimé pelliculé sécable
Fumarate de bisoprolol /
Périndopril arginine

30 comprimés pelliculés
sécables



Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



COSYREL 5mg/5mg Q
30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14011057



OSYREL®

5mg/5mg

comprimé pelliculé sécable
Fumarate de bisoprolol /
Périndopril arginine

comprimés pelliculés
sécables



أبليف حس®

ديكلوريدرات ليفوسيترizin

مضاد للحساسية

5 ملغم

Aplevax® 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétilazine
30 comprimés pelliculés



6 118000 330585

قـ ٣٠ مـ اـ مـ لـ فـ