

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

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° D. : N° P19-0025806

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1445 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : Rich Abderrahmane
Date de naissance : 08/06/1937
Adresse : Hay Nandaraoua rue 14 N° 185 Ain chok Casablanca
Tél. : 0698988267 Total des frais engagés : 1353,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. H. SAÂTI
H. Saati
Hépat - Gastro - Entérologie

Date de consultation : 25/12/2019

Nom et prénom du malade : Harak Fatma Age : 65 ans

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

Nature de la maladie : maladie médicale chronique

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 : Casablanca Le : 25/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :


26 DEC 2019
ACCUEIL

ACCUEIL

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
25/12/19			CS Grath	Dr. H. SARTI Hépatologie - Gastro-Entérologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/12/19	1353,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

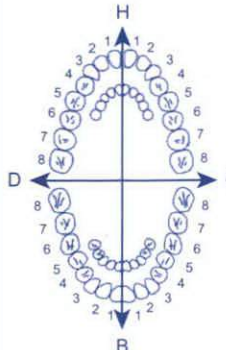
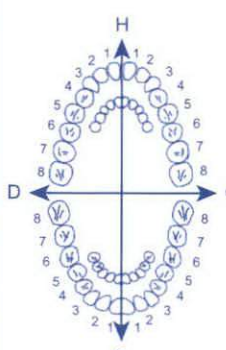
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

ORDONNANCE

Le: 25/12/19

N° Harak Fatima

4870x4 314,8

1/ Diamicon 60 300 (N° 4)

28x5=140 2cp

2/ GlucoPhage 1000 (N° 5)

159,6x2 = 319,2 1cp x 2

3/ cholest 40 (N° 2)

140x2 = 280 1cp 1/2

4/ oes 20 300 (N° 2)

13,40 5/ dothyrox 50mg

149,20 1/2 cp

6/ Erezar 100

1cp



Tsvl →

84,90
#1 Carteol L8
2 galls 1/2
8/ smecta
1 sachet x 3/6

S.V

S.V

1353,90



Dr. H. SAATI
Hernio - Gastro - Entérologie



041876

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ التعليمات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحرص و طبقاً لطبقه
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Im. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



041876

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ النشرة المرفقة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحرص و طبقاً لطبقه
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Im. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



041846

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! اقرأ التعليمات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحرص و طبقاً لطبق
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Im. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



041846

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا! الالتزام بالجرعة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بحرص و طبقاً لطبقه
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Im. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



كوليستي^مين 40 ملغ
سنقسطتين

LOT : M04
PER : 07-2020
PPV : 159.60 DH

عن طريق الفم

28 قرصا ملبسة

CHOLESTIN® 40 mg

28 comprimés



6118001220083

Ⓜ

كوليستيڤين 40 ملغ

سنقسطتين

LOT : M04
PER : 07-2020
PPV : 159.60 DH

عن طريق الفم

28 قرصا ملبسة

CHOLESTIN® 40 mg

28 comprimés



6118001220083

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH



7862160236

COMPOS

Losartan

Excipient

Excipient

AMM N°

PPV 149DH20

PER 04/22

LOT 1907

PREZAR 100mg

Losartan

28 comprimés pelliculés



6 118000 041337

CARTEOL LP 2%

Collyre 3ml

LOT/عبار H4322

FAB/تاريخ 01-2019

EXP/تاريخ 01-2021

ZENITH PHARMA

PPV 8460 DHS

AMM N° 61/13 DMP/21/NRQ

84,90



COOPER
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما

41, زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

تحت رخصة ميرك سانتيه ش. أ.م

الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



00,88



COOPER
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما

41, زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

تحت رخصة ميرك سانتيه ش. أ.م

الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



00,88



COOPER
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما

41, زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

تحت رخصة ميرك سانتيه ش. أ. م

الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



00,88



COOPER
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما

41, زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

تحت رخصة ميرك سانتيه ش. أ. م

الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



00,88



COOPER
PHARMA

Fabriqué par : Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri, 20 110, Casablanca

Sous licence de Merck Santé s.a.s.

Pharmacien responsable : Amina Daoudi

N° d'AMM : 121 DMP/21/NRQ

مصنوع بموجب إجازة لدى كوبر فارما

41, زنقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

تحت رخصة ميرك سانتيه ش. أ.م

الصيدلي المسؤول : أمينة الداودي

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333



00,88

smecta®

diosmectite

LOT : 8MA518
PER : 03 2021

SMECTA 3G
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40



30 sachets

IPSEN



LOT: 181039 PER: 02-21
PPV: 140, 00DH

PHARMA

COOPER



6 118000 082026

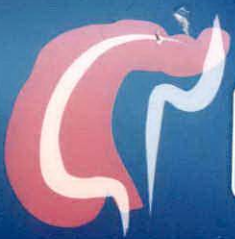
56 gélules

OEDES 20mg

56 x 56

حبيبات صالحة للحصانة المعدية في برشامات

ملح
20
عن طريق الفم



أوميتروزول

استيس
أوديس