

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0027267

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12583 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUBINE ALAAEDDINE
Date de naissance : 22/04/1985
Adresse : RES la perle, BX Nalk AZIZA, JMA, APPR9
DULFA, Casablanca
Tél. : 0661349306 Total des frais engagés : 545,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2019
Nom et prénom du malade : M. HAMOUD W. OUBINE Age : 34 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Résorutive
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : N/A

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 : 30/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
31/10/2019		2	3	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QODDOUS Dr. Mme DINAR Aziza Lotissement Youssra, Lot 115, Zoubir - CASABLANCA Tél: 05.22.93.26.75	24-10-19	545 160

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

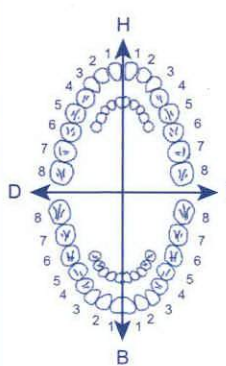
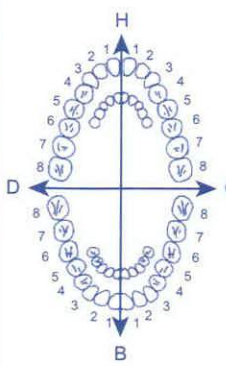
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le 31.10.2019 الدار البيضاء في

7. MAHADI WIDYANET

347,00

Novex 40mg (SV)

1 inje per se / 5

Polk 65

132400

132 yos
• Aclav 1g

$$\frac{1}{N} \text{Sochob} \times 2/5$$

Ed 8 5

15.00

Parental 1/2 (SV)

100 x 215

51.60
Lardy from B9

Aug 15 (Pdt 1 mois)

* Komellia (crème sé)

1 Application $\times 3/5$

PHARMACIE AL QODDOUS
Dr. Mme DINAR Aziza
Lotissement Youssra, Lot 115,
Zoubir - CASABLANCA
Tél: 05.22.93.26.75

Professeur Fadila MOISAD
Gynécologue - Obstétricienne
76, Bd. Abdelmoumen Ras. Kouba - Alg.
Tél: 0522 99 66 97 - Fax: 0522 99 66 98
ICE : 0014499900047 - INP - 0

~~P. M. R. S. A.~~

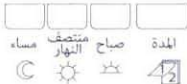
4000 UI anti - Xa/0,4 ml

6 محقنات مملوءات مسبقا



4000 و.د. anti-Xa تعادل 40 ملغ
محلول قابل للحقن

سوطيما
Othema



إنوكسابارين صوديك

LOT 191493 1

EXP 06 2021

PPV 347.00 DH

نوفيكس

Novex®

4000 UI anti-Xa/0.4 ml
6 seringue pré-remplies



6 118000 021902

تارديفيرون ب9

Tardyferon

Fer - Acide folique
حديد - حمض الفوليك

B9

① بعد الوجوه



سليم

comprimés pelliculés

30

قرصا مغلفا

عن طريق الفم - Voie orale



Pierre Fabre

Mode et voie d'administration : Voie orale.
Avaler le comprimé en entier. Ne pas sucer, croquer ou garder le comprimé dans la bouche. A prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation.

Composition qualitative et quantitative : Fer 50,00 mg. Sous forme de sulfate ferreux desséché (154,530 mg). Acide folique (exprimé en anhydre) 0,35 mg. Pour un comprimé pelliculé.
Forme pharmaceutique et contenu : 30 comprimés pelliculés.
Indications thérapeutiques : Traitement préventif des carences en fer et en acide folique en cas de grossesse lorsqu'un apport alimentaire suffisant ne peut être assuré. Ne doit pas être utilisé dans la prévention primaire des risques d'anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural (AFIN : spina bifida...).

Distribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri, 20 000 Casablanca
Sous licence des Laboratoires Pierre Fabre Médicament
45, place Abel-Gance - 92100 Boulogne France
Fabriqué par Pierre Fabre Médicament Production



6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg/ Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Jeoud CHEIKH LAHLOU - Pharmacien responsable
PPV: 51.60 DH

200062

دواء مرخص رقم / 3400932918195

Medicament non soumis à prescription médicale

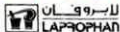
دواء يصصرف بدون وصفة طبية

POSOLOGIE :

Réservé à l'adulte (à partir de 15 ans) 1 comprimé effervescent à 1 g 2 à 3 fois par 24 heures, sans jamais dépasser 4 comprimés par jour.

ATTENTION :

Cette présentation contient 1 g de Paracétamol par comprimé, ne pas prendre 2 comprimés à la fois.



AMM N° 69 DMP/21

PARANTAL® 
8 comprimés effervescents **1g**



6 118000 032380

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا 21، زنقة الأوداية، الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

PARANTAL®

1g

DOULEURS ET FIEVRE

PARACETAMOL
ADULTES



8 comprimés effervescents

Composition :

AMOXICILLINE..... 1 g

(sous forme trihydratée)

ACIDE CLAVULANIQUE..... 125 mg

(sous forme de clavulanate de potassium).

Contient de l'aspartame.

Conserver à une température inférieure à 25°C

et à l'abri de l'humidité.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice.



Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance. Liste I

ACLAV 1g/125mg Poudre pour
suspension buvable, 16 sachets



A.M.M. : 117 DMP/21/NNP

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

**Poudre pour
suspension buvable
en sachet**

1g/125 mg

16 sachets

Antibiotique

Voie orale

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5



أكلاف

أموكسيسيلين + حامض كلافياناتيك

LOT : 4409

PER : 07-21

P.P.V : 132DH00

1g/125 مغ

16 كيسا