

# 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 caractére 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0040797

*Conseiller*

*ND 14598*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *101* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *Q. Lade* *Q. Hamed*

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 040797

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



Couver

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
<p>Le patient est prié de présenter la dent traitée, l'aide pratique et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture.</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>				
Détermination du coefficient masticatoire				
	H			
	D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G
(Création, Reinfort, adjonction) Prothétique thérapeutique, nécessaire à la prothèse				
<b>VOLET ADHERENT</b> NOM : ..... Mle ..... <b>DECLARATION N°</b> W16-055916				
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

MUPRAS		W16-055916		DATE DE DEPOT	
 Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc				/...../201...	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle			
Nom & Prénom		OULADIA			
Fonction		Phones			
Mail					
MEDECIN		Prénom du patient		H'HAMED	
<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		Age		Date	
Nature de la maladie				Date 1ère visite	
TRACHEITE + HTN - Diabète					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires 1 1 180 DR					
<b>PHARMACIE</b> Date 02/12/19 Montant de la facture					
1052, 30					
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date					
Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires					
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date					
Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV					
31 FEC 2019 Total 1232, 30 DH					
<b>INPE : 102070414</b> <b>Pharmacie Sawmaat Hassan</b> <b>Place de Talib BOUJIRI</b> <b>Tel.: 05 37 72 02 50</b>					

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat  
Tél. : 05.37.73.11.07

40 زنقة عبد المؤمن الرباط  
الهاتف : 05.37.73.11.07

Oula da M'hams

de 2. 12. 19

52.80 ₣ =

L DNOZ 10

22.40 ₣ 3-  
19/V

+ 11 Znab 18

AsKandl 7.5

+ 1 Znab 18

44.70 ₣ 3-  
19/8

موريان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Place de Tareb BOUZIRI  
Tél.: 05 37 72 02 50

Diamura 60

+ 1 Znab

106.70 ₣ 3-  
19/male

Cardura 200

+ 1 Znab

29.70 ₣ 2-  
19/mi

Zithromax 500  
245 ou 125 500  
therapie

47.80 ₣  
Zithromax 500  
110

Dazan cpi  
1cpi

36/0 115 \$

23.40  
Bisolvon 45

15.80 x 3  
1 ct

Doliphar 100  
3  
1 ct      23.40

60,00

Voltaren gel

19.50  
Spectrapro 80  
10g/100g / 8

29 a piece 10.50 Dhs

19/4h

= 1052,30

صيدلية صومعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Place de Taïeb BOUZIRI  
Tel.: 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OHAYON-AKERIAT  
40, Zankat Abdoumoumen  
RABAT 173 11.07



Tube de 100 g

gsk

LOT : M0323  
EXP : MAR 2022  
PPV : 60,00 DH





®  
**كاردورا**  
**2mg**

دوكسازوسين

20 قرصاً



**CARDURA® 2 mg**

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2231

10670

UT.AV :

022

P.P.V :

09366003/5



®  
**كاردورا**  
**2mg**

دوكسازوسين

20 قرصاً



**CARDURA® 2 mg**

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2231

10670

UT.AV :

022

P.P.V :

09366003/5



®  
**كاردورا**  
**2mg**

دوكسازوسين

20 قرصاً



**CARDURA® 2 mg**

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2231

10670

UT.AV :

022

P.P.V :

09366003/5



®  
**كاردورا**  
**2mg**

دوكسازوسين

20 قرصاً



**CARDURA® 2 mg**

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2231

10670

UT.AV :

022

P.P.V :

09366003/5



®  
**كاردورا**  
**2mg**

دوكسازوسين

20 قرصاً



**CARDURA® 2 mg**

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2231

10670

UT.AV :

022

P.P.V :

09366003/5



®  
**كاردورا**  
**2mg**

دوكسازوسين

20 قرصاً



**CARDURA® 2 mg**

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2231

10670

UT.AV :

022

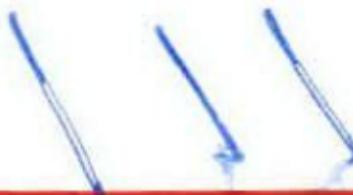
P.P.V :

09366003/5



**DASEN® 10 000 UI**

## *Serrapeptase*



**DASEN® 10 000 UI**  
*Serrapeptase*

40 Comprimés enrobés  
gastro-résistants

#### **40 Comprimés enrobés gastro-résistants**

## Voie orale

### **عدد الجرعات في اليوم**

## NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIR

MIDI

SOIR



**Laboratoires SYNTHÉ-MEDIC**  
20-22, Rue Zoubeir Boua El Aouan  
Roches Noires - Casablanca

idemco

Voie orale  
Ce médicament ne doit pas être pris

sans avis médical.

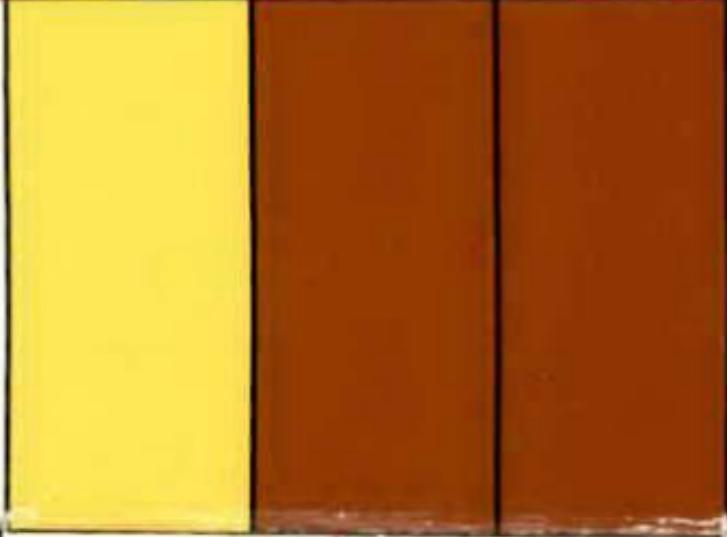
Lire attentivement la notice.

Ce médicament est préconisé  
dans les états d'encombrement  
des bronches, en particulier lors  
des bronchites aiguës ou lors  
d'épisodes aigus de  
bronchopneumopathies  
chroniques

**Bisolvon® 8 mg**  
30 comprimés

A conserver à une température  
inférieure à 25°C.

45X18X97



**BISOLVON®**

bromhexine

30 comprimés

8 mg

23.40  
PPM 23D140  
FEB 01/21  
T H207

Boehringer Ingelheim



S. Barthoult - Pharmacie Résponsable  
EZ. Allée des Chêvrefeuilles - Fin Stade - Chatouneix  
Fabrication par BOITU SA.

6

15.03.03

NE PAS LAISSEZ A LA PORTEE DES ENFANTS

Digitized by srujanika@gmail.com

۱۵

፲፭ | ተግባር ከተማ የሚያስቀበ ብቻ

Your notice

ET MODE D'EMPLOI:

medicale.

**POSOLOGIE :** Se conformer à la prescription

Cette bouteille contient 2,250 g d'acide acrylatesalicylique

Exclulement à effet notoire : Aspartam

DEMEC

УАМ  
Г-75

An envelope with handwritten text and a blue stamp.

**ASKARDIL®** 75 mg 30 comprimés  
dispersibles

LOT 96002 5  
EXP 09/2021  
PPV 22DH40

09/14  
100028

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables

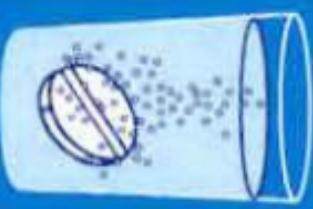
6 118000 040361

NE LAISSER NI A LA PORTEE,  
NI A LA VUE DES ENFANTS.  
AMM N° 192/14 DMP/21/NRQ.

b

EL. Atte des Commiss. de Santé -  
1. Nachweis - Résolution Bégonie

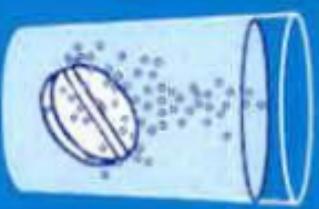
Adulte  
à  
partir de  
15 ans



الأوتجاج و الشحمى  
8 أقراص فواردة

دوليبران®  
1000 ملخ

بأقراص اعوج



الكتاب  
استخدام من  
15 سنة

15

15,80

EPRV 15 DUB 0  
EPR 03 / 22  
ALD 11783  
S

09/14  
100028

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables

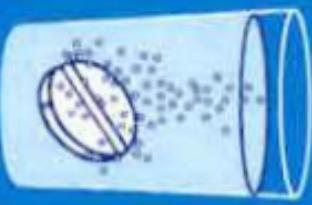
6 118000 040361

NE LAISSER NI A LA PORTEE,  
NI A LA VUE DES ENFANTS.  
AMM N° 192/14 DMP/21/NRQ.

b

EL. Atte des Commiss. de Santé -  
1. Nachweis - Résolution Bégonie

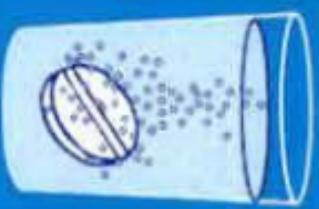
Adulte  
à  
partir de  
15 ans



الأوتجاج و الشحمى  
8 أقراص فواردة

دوليبران®  
1000 ملخ

بأقراص اعوج



الكتاب  
استخدام من  
15 سنة

15

15,80

EPRV 15 DUB 0  
EPR 03 / 22  
ALD 11783  
S

09/14  
100028

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL  
8 comprimés effervescents sécables

6 118000 040361



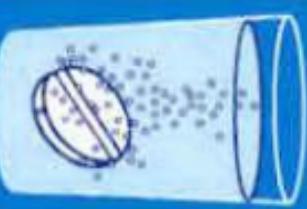
Conserver le tube bien fermé  
à l'abri de la chaleur et  
de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE,  
NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 192/14 DMP/21/NRQ.

b  
EL. Atten des Commissaire des Salles - Constance  
1. Nachdruck - Rezensionen begrenzt

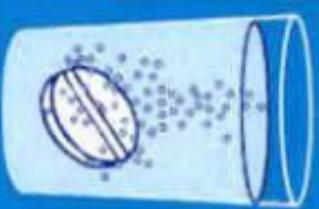
Adulte  
à partir de  
15 ans



8 أقراص فواردة

دوليبران®  
1000 ملخ

بأقراص مفعول



الكتاب  
استخدام من  
15 سنة

15

15,80

EPRV 15 DUB 0  
EPR 03 / 22  
ALD 11783  
G

LOT : 191121

UT AV : 07/2022

PPV:57,80DH

UT.AV:

LOT N°:

PPV (DH):



LOT : 191121

UT AV : 07/2022

PPV:57,80DH

UT.AV:

LOT N°:

PPV (DH):



LOT : 191121

UT AV : 07/2022

PPV:57,80DH

UT.AV:

LOT N°:

PPV (DH):



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

الدواء  
دواء  
دواء  
دواء

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée  
Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée  
Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée  
Gliclazide  
**DIAMICRON® 60 mg**

44,70

242600030-02

Lib. à la doy. n° 21 - 21/02/2016

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

NE PAS EXCEDER LA POSSESSION

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée  
Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée  
Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

الدواء  
دواء  
دواء  
دواء

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée  
Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Comprimés ables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

48,75

242600060-02

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969 N° CNSS : 1565475

N° ID.F. : N° ICE: 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax :

MR OULADA M HAMED

Le : 02/12/2019

FACTURE N°:

5541

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
✓ 1	ASKARDIL 75MG /30 CPS	22,40	7	22,40
✓ 2	ASKARDIL 75MG /30 CPS	22,40	7	44,80
✓ 1	BISOLVON 8MG CP	23,40	7	23,40
✓ 3	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	320,10
✓ 1	DAZEN COMPS/40	47,80	7	47,80
✓ 3	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	134,10
✓ 3	DOLIPRANE 1G CP EFFERVESCENT	15,80	7	47,40
✓ 3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
✓ 1	SPASFON-LYOC COMPS SOLUBLES.10	19,50	7	19,50
✓ 1	VOLTAREN EMULGEL 100GR	60,00	7	60,00
✓ 2	ZITHROMAX COMPS 500	79,70	7	159,40

TVA 7%:

68.84

Total :

1 052,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

صيدلية سمعة حسان  
Pharmacie Sawmaat Hassan  
Taïeb BOUZIRI  
Place de l'Unité Africaine - Rabat  
Tél.: 05 37 72 02 50