

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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

N° D : 34799
Déclaration de Maladie

N° P19- 066998

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1839 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Taouq; Ahmed

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066998

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 :

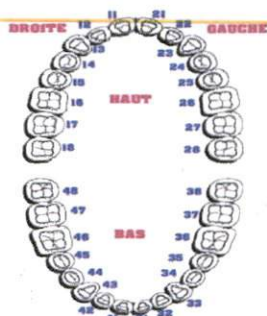
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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

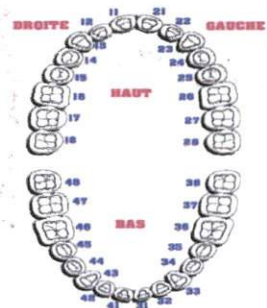
Coefficient des

Montant des soins

Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

(Création, Remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
des travaux

Montant des soins

Date du devis

Fin de



W18-396665

DATE DE DEPOT

...../...../2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom

Fonction : RETRAITE

Phones: 06.65231233

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☒ Conjoint

☐ Enfant

Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des
honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des
Honoraires

صيدلية باريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24

Tanger Le 19/06/2020
Facture N° 53

M: TAOUZI AHMED

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
1	Renie cpr	1440	1440
1	Azibac 500 mg cpr	6000	6000
1	Rhino febral cpr	1430	1430
			8870

~~صيدلية باريس
Pharmacie de PARIS
Mme SOUFIANE Souad
Pharmacienne
8, Place de France - TANGER
Tél 05 39 93 64 24~~



Rennie[®]

MENTHE

Soulage les maux d'estomac



36 comprimés
à croquer

RHINOFEBRAL®

GÉLULES

Paracétamol - Chlorphénamine - Vitamine C



Boîte de 20 gélules

RHUMES avec MAUX DE TÊTE et/ou FIÈVRE

FORMULE :

Paracétamol	240 mg
Molécule de chlorphénamine	3,2 mg
Acide ascorbique (Vitamine C)	100mg
Excipients q.s.p.	1 gélule

سواغات الكمية الكافية... لكبسولة واحدة

باراسيتامول 240
مليغ
3,2
مليغ
100
مليغ

مكونات الاسكوية (فيتامين س)

مليغ 100

مليغ 3,2

مليغ 240

مليغ 100

مليغ 3,2

مليغ 240

مليغ 100

الهيئة الدوائية: صيدلي مسئول

مستخرج من طرف كوبر فارما

41 : بناية محمد نبوي 20110 الدار البيضاء للقرن

Amna DIAOUDI, pharmacien responsable

41, rue Mohamed Droui 20110 CASABLANCA MAROC

Fabrique par Cooper Pharma

Cooper Pharma

Cooper Pharma

رينو فيبرال®

باراسيتامول - كلورفينامين - فيتامين س

كبسولة



RHINOFEBRAL®

20 GÉLULES

Paracétamol 240 mg, Maléate de chlorphénamine 3,20 mg, Acide ascorbique 100mg/gélule



6 411800 0080497

علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع آلام الرأس و/ أو حمى

PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :

PPV : 14,30DH
UT AV : 05/2022
LOT : 190493

Composition :
 Azithromycine (DCI).....500 mg
 (Sous forme d'azithromycine dihydraté)
 Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.
 Excipient à effet notoire : lactose.
 Cet étui contient 3 comprimés pelliculés dosés chacun à 500 mg, soit 1 500 mg d'azithromycine.
 Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

AZIBAC® 500 mg ○

3 comprimés pelliculés



LOT: 19124 PER: 10/2021
 PPV: 60,00 DH

AMM N° 217 DMP/21/NNP
 Laboratoires **Steripharma**
 Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
 Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

ملغ 500

3 أقراص مغلفة

أزيباك
 أزيتروميسين

التكسية:
 أزيتروميسين (500 ملغ). السواء كمية كافية لقراص مغلف واحد. السواء
 ذات تأثيرات معروفة: الالتهاب. فتؤدي هذه العلة على 3 أقراص مغلفة ذات
 جرعة 500 ملغ أو ما يعادل 1500 ملغ من أزيتروميسين.
 اقرأ النشرة قبل الإستعمال

AZIBAC®
 AZITHROMYCINE

Pharmacie



Steripharma

3 Comprimés pelliculés

Voie orale