

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

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
Tél : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-521046

53681

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
et d'Actions Sociales
Royal Air Maroc

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 8682 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom et Prénom : AOUNAT Abdelmounim

Date de naissance : 27/03/70 29 DEC 2020

Adresse : 106, lot Belle vue Sidi Maarouf

Tél. : 0661411271 Total des frais engagés : 49,9 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : 28/12/2020

Nom et prénom du malade : AOUNAT DUES

Lien de parenté : _____

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age : _____

☒ Enfant

Nature de la maladie : Malin

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 au 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) : _____

RECEVU
Société Royale Marocaine d'Optique
GH 18/1 Etage Casablanca
Tél : 05 22 22 78 18

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
28 12 2010	CV		2500H	INT INPE-11957A Dr F. BELMONT Négo-Natou tre / Négo-Natou roukaï Moust -tape - Car 2 58 C

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INPÉ 110314

Dr F. BELMOUSTAR
Pédiatre / Néonatalogue
Sidi Maârouf Moustakbal
GH 18 - 1^{er} Etage - Casablanca
Tel : 05 22 58 07 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RABII AL MOUSTAFAA Rabii FATHALLAH Docteur en Pharmacie Sidi Moustakbal GH 33 km 130 Sidi Moustakbal Casablanca Tél: 01 71 15 15 15	28 12 20	169.90

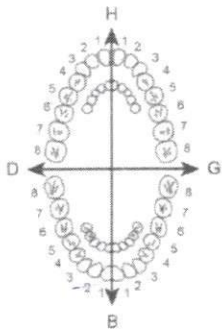
[illegible][illegible]

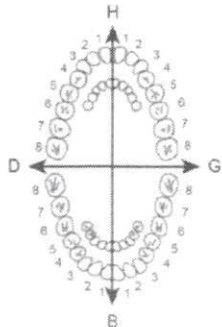
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
			MONTANTS DES SOINS		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELMOKHTAR Fouzia

Pédiatre / Neo-natologue

Diplômée de la faculté de Medecine de Montpellier

Ex-Pédiatre des Hôpitaux de Montpellier

Ex-Pédiatre de la Polyclinique CNSS Hay Hassani

الدكتورة بلمختار فوزية

اختصاصية في أمراض الأطفال و الرضع

خريجة كلية الطب بمونبولي فرنسا

طبيبة سابقة بمستشفيات مونبولي

طبيبة سابقة بمصحة الضمان

الإجتماعي حي الحسن

الدار البيضاء

Casablanca, le :

28.12.2020

ADVINAY

INES

20.90

① Vit + D3

B.O.N

à l'âge de 15

mois

134.60 avec du lait

② - NEIRAXIN

Mino

③ Delphos 500

1st x 3 / 200

169.90

Dr F. BELMOKHTAR
Pédiatre / Neo-Natologue
Sidi Maârouf - Al Mostakbal
1B, 1^{er} Etage - Casablanca
Tél. : 05 22 58 07 07

PPV:14DH40
PER:04/23
LOT:J1082

لحم
عمره
12 كس

ب
نولي
82
س. البشولي - صيدلي مسؤل

الحمي
3 و خا 1



500 مله

بار صيدلي

دولت



Vitamine D3 B.O.N.[®] 200 000 UI/1 ml CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFEROL / كوليكالسيفيرول

Solution injectable IM et buvable / Oral and IM injectable solution / وحل محلول للحقن العضلي وللشرب 1 ml

Lire attentivement la notice,
avant utilisation.

Voie orale ou injection I.M.

Tenir hors de la vue et
de la portée des enfants.

A conserver à une température
inférieure à 25°C

et à l'abri de la lumière.

Read the leaflet carefully
before use.

Oral use or I.M. injection.

Keep out of the sight and
reach of children.

Store below 25°C and away from light.

DE n° 269/14H 095/97/15 رقم مقرر التسجيل

يجب قراءة النشرة المرفقة قبل الاستعمال
عن طريق الفم أو الحقن في العضل.

يحفظ بعيداً عن مجال بصر
الأطفال وعن متناول أيديهم.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C
بعيداً عن الضوء.

Vitamine D3 B.O.N.[®] 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma

AIMM N° 7116 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

P1V : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل /



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél: +33(0)1 45 19 10 00

المصنع / Fabricant / Manufacturer
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

TETRAXIM

**Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheu
poliomyélitique (inactivé), adsorbé / diphth.
component) and poliomyelitis (inactivated)**

Suspension injectable (0,5 ml en seringue préremplie) - 1
Suspension for injection (0.5 ml in prefilled syringe) - bo

One dose (0.5 ml) contains:

Diphtheria toxoid⁽¹⁾ ≥ 30 IU

Tetanus toxoid⁽¹⁾ ≥ 40 IU

Bordetella pertussis antigens:

Pertussis toxoid⁽¹⁾ 25 micrograms

Filamentous haemagglutinin⁽¹⁾ 25 micrograms

Poliomyelitis virus (inactivated)

- type 1 (Mahoney strain) 40 DU ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

- type 2 (MEF-1 strain) 8 DU ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

- type 3 (Saukett strain) 32 DU ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾

⁽¹⁾ adsorbed on aluminium hydroxide, hydrated 0.3 mg Al³⁺

⁽²⁾ DU: D antigen unit

⁽³⁾ or equivalent antigenic⁽²⁾ quantity determined by a suitable
immunochemical method.

⁽⁴⁾ produced on VERO cells.

TETRAXIM may contain traces of glutaraldehyde, neomycin, streptomycin
and polymyxin B.

List of excipients: Hanks medium without phenol red (complex mixture of
amino acids including phenylalanine, mineral salts, vitamins and other
components such as glucose), acetic acid and/or sodium hydroxide for pH

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tetraxim Inj b1 ser 1 dose
P.F.V : 134,60 DH



SANOFI PASTEUR 

adjustment, formaldehyde, phenoxethanol,
ethanol and water for injections.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children.

Store in a refrigerator (2°C - 8°C).

Do not freeze.

Instructions on use: Joint prevention against
diphtheria, tetanus, pertussis and polio-
myelitis.