

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 canaux, 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 canaux.

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

Déclaration de Maladie

N° W19-506375

N° D : 1510-1

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAUBI Abdelkadir

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 06 66 90 89 19 Total des frais engagés : 545,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DIKHAÏ AICHA

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) :

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
31/12/19	C2	1	400	INP : 107110012081 Dr. Rachid ACHIR Génécologue - Obstétricien Résidence: 11, Hassan I D N°45874507, Marrakech Tél: 05 24 69 95 60

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/19	155,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

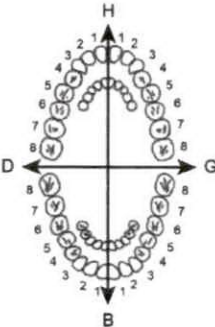
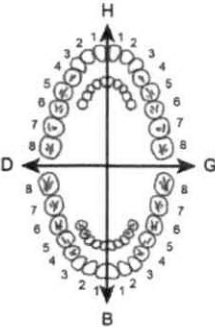
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 : <input type="text"/>														
				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		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khalid ACHIR

SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTETRIQUE

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Maladies du sein - Sterilité du couple - Echographie - Coelio-chirurgie

Ancien attaché au service de gynécologie obstétrique

du CHU Ibn Rochd Casablanca

Ancien medecin spécialiste à l'hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الدكتور خالد عشير

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الولادة - أمراض العقم - الجراحة النسوية

أمراض الثدي - الفحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

طبيب ملحق سابقاً بقسم أمراض النساء و التوليد

بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

طبيب اختصاصي سابقاً بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Marrakech, le : 27/12/19

Dr Khalid Achir

1) Polygyne cap
3830 sup 6 h 1hr / 6h



2) Oxi flor 2000 cp
600 sup 2 1/2 q 2hr / 5h

3) Omnit 200 gel
4200 sup 6 h 1hr / 1hr
14/130



20 مغ

أوميز

أوميبرازول

LABORATOIRES
PHARMAS
صحيون فارما 5



وحدات حبيبية مقاومة للمضادة المعدية

كسولة
عن طريق الفم
14



Composition :

Omeprazole

Excipients q.s.p.

Tenir hors de la portée des enfants.

Indications, contre-indications, posologie : voir notice.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

20 mg
1 gélule

AMM : 331/DMP/21

O
Omitz 20mg
14 gélules



6 118000 092421

42.00

EXP

LOT

احترام المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

Composition

Sulfate de néomycine 35 000 UI
Sulfate de polymyxine B 35 000 UI
Nystatine 100 000 UI

Excipients : Monopalmitostéarate d'éthylène glycol
et palmitostéarate de macrogol 300 et 1500 (Tetose® 63),
huile de soja hydrogénée, diméticone 1000, glycérol.
Pour une capsule vaginale de 3180 mg.

MAPHAR
POLYGYMAX 6 capsules vaginales
Km 10, route Côtière 111 - Quartier Industriel, Zenata
Ain Sebâa Maroc
P.P.V. : 38DH30

6 118001 182015

Liste des excipients à effet notoire :

Huile de soja hydrogénée.

Forme pharmaceutique : capsule vaginale.

Indications thérapeutiques :

traitement local des infections vaginales.

Mode et voie d'administration : voie vaginale.

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Précautions particulières de conservation

À conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL

Importé sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel Zenata, Ain sebâa

MAROC

Rachid LAMRINI,

Pharmacien Responsable

POLYGYMAX
6 capsules vaginales

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Voir notice

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière

دواعي الاستخدام - موانع الاستعمال

احتياطات الاستخدام

لا يترك في متناول الأطفال

يحفظ بعيداً عن الضوء

للإسوفان
LAPROPHAN
مستحضر المستعدين الصيدلانية لشمس الشمال إفريقيا - 21 - رقة الأوباية - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires de médicaments pharmaceutiques et chimie du nord - 21 - rue des Indes - Casablanca - Maroc

OXIFLOR®

10 comprimés 200 mg



6 118000 032618

أوكسيدفلور[®] 200 ملغم

أوفلو كساين



10 أقراص

للإسوفان
LAPROPHAN

OXIFLOR® 200 mg

10 comprimés

PPV 65DH00 EXP 02/2021
LOT 7N028 1