

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



Déclaration de Maladie

N° W19-522838

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) : I.I.S.N

Matricule : 11560 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELMEJJAD YASSIR

Date de naissance : 23/09/1976

Adresse : Rue Ibn Tahir, Résidence Tanakel
App n° 4, Bougagne, Casablanca

Tél : 0661541222 Total des frais engagés : 595 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 : M Le : 13/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-129720	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-129720

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 11560								
Nom & Prénom <u>EL MEJJAD YASSIR</u>										
Fonction : <u>Cadre</u>	Phones <u>0661541227</u>									
Mail <u>yelmejjad@royalairmaroc.com</u>										
MEDECIN	Prénom du patient <u>EL MEJJAD YASSIR</u>									
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>6 ans</u>	Date <u>21.01.2020</u>								
Nature de la maladie		Date 1ère visite								
<u>allergie aux antibiotiques</u> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances										
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires								
<u>C2</u>	<u>1</u>	<u>020,00</u>								
PHARMACIE Date <u>21.01.2020</u> Montant de la facture <u>395,10</u>										
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires										
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre <table border="1"> <thead> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Montant détaillé des Honoraires			AM	PC	IM	IV				
AM	PC	IM	IV							

213, Av. Mohammed VI Gueliz
 Marrakech - Tél. 05 43 87 54
 Pharmacie M...
 Ordonnance...
 Centre...
 Tél. 05 24 34 27 23

Ancienne Interne des Hôpitaux de France



طبيبة داخلية سابقا بهستشفيات فرنسا

Marrakech. Le

U. of Toledo

مراکش، فی

2x 20.00

2-

Cutec in the cell

1 cm (16 rows)

136.20

На 2000 120

spulverat d'ey chagun
narras | 6 nou.

79.90

Filtrate is

150000 x 31

44.00

Noxallase to Turall
Acacia X311

95100

Or Mani

1500 of 11

39510

Pharmacie
Ordonnance
Centre Commercial Marrakech
Tel. 05 24 31 27 23

213. شارع محمد الخامس الطابق الثالث، عمارة الخطوط الملكية المغربية جليز • مراكش • الهاتف: 05 24 43 87 54 المحمول: 06 68 73 39 44

213, Avenue Mohamed V Imm. R.A.M. 3^{ème} étage Guéliz • Marrakech • Tél.: 05 24 43 87 54 • GSM: 06 68 73 39 44

Fitorax®

Solution buvable

A base de Propolis
+ Extraits de plantes
+ Vitamine C

Enfants

Confort des
voies respiratoires
et de la **gorge**

Goût Fraise



200 ml

MEDIPRO
PHARMA

A base
d'actifs
naturels



8 032578 479522

Lot :
À consommer
avant le :

177
2022

PPC : 79,90 DH



Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV:20DH00

PER:05/22

LOT: I 1330

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30° C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301 / 17 DMP / 21 / NRQ



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

100122

02/18

ماكسيلاز

آلام الحلق

ألفا-أميلاز

200 وحدة CEIP / ملل

ابتداءً من 6 أشهر

شراب

قارورة من 125 ملل

نكهة المندارين

يوصف هذا الدواء في آلام الحلق الخفيفة

وغير المصحوبة بحمى.

التركيب لكل 100 ملل

ألفا-أميلاز 20000 وحدة CEIP

سواغ ذو تأثير معروف:

صبغة برتقالية صفراء (E110) S ، سكاروز،

ميثيل بارابين الصوديوم (E219)،

بروبيل بارابين الصوديوم (E217).

عن طريق الفم.

احتياطات خاصة للحفظ: يُحفظ في

حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

يُحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول أيدي

الأطفال وعن مجال بصرهم.

يرجى قراءة النشرة يتمعن قبل الاستعمال.

دواء يُصرف بدون وصفة طبية

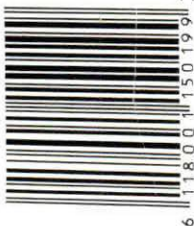
دواء مرخص رقم 2 5299 306 34009

Lot/Batch: 2893

Fab./Mfg: 10/2019

Pér./Exp.: 03/2021

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc



S008638
02 2022

Lot
EXP



① 50 112

Flacon de **120 doses**
50 microgrammes/dose

Nasonex®

*suspension pour
pulvérisation nasale*

~~furoate de mométasone~~
anhydre

Voie nasale

AMM 233DMP/21/NRQ



MSD

à l'âge

Maxilase®

**MAUX DE
GORGE
SORE
THROAT**

**ALPHA-AMYLASE
200 U.CEIP/ml**



**A PARTIR DE 6 MOIS
FROM 6 MONTHS**



SIROP / SYRUP
Flacon de / Vial of
125 ml

Goût mandarine
Mandarin flavor

SANOFI 





14 فيتامينات ومعادن أساسية
+ الحلبة

أوجه الاستعمال

- فقدان الشهية
- نقص الفيتامينات التي لها دور في النمو
- نقصان في الوزن

يحتوي دينافيت* على تركيبة خاصة من الفيتامينات الأساسية و الحلبة التي تساعد على فتح الشهية و تعمل على تقوية المناعة

لا يجب استعماله عند المرأة الحامل

Fabrique en France par

Laboratoires

FCV

4, rue du 19 mars 1962
38630 les Avenières - France

Pour



4, Rue Al Oukhouane Benseljour
20200 - Casablanca

N° AUTORISATION ONSSA **ES.5.84.15** رقم ترخيص دولي من دول

Dynavit 125 ml



6"111255"810222

Flacon
125 ml