

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

- Reclamation : 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° 23016 N° W19-483460

Samir

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *11916* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *El Achouri Amal*

Date de naissance : *15/10/1976*

Adresse :

Tél. : *0535948555* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *El Achouri Amal* 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 : *28/02/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-483460

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) :


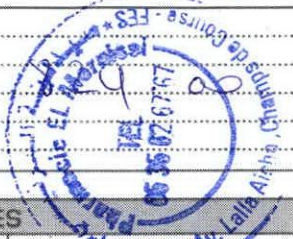
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
10/02/22	CONS	CT	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/22	

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	

VOLET ADHERENT

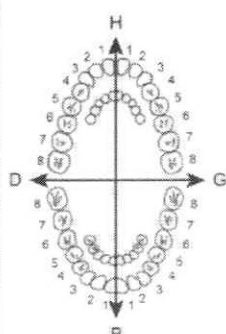
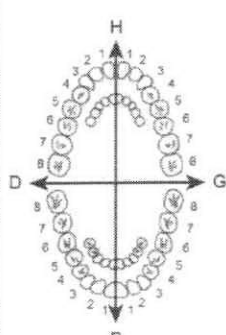
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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			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"/>														
	<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																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Siham KANDRI RODI

Gynécologue - Obstétricienne

Traitement de la Stérilité du couple

Diplômée de la faculté de Médecine
de Reims (France)

Ancienne Assistante des hôpitaux
de France Diplômée en :

Echographie - Cœlioscopie

Maladies du Sein - Colposcopie



الدكتورة سهام كندري روضي

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
علاج عقم الزوجين

حاصلة على شهادة التخصص من كلية الطب
بپریس (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا
متخصصة في :

الفحص بالأمواج فوق الصوتية، أمراض الثدي
الفحص بالمجهر الداخلي، الفحص بالمجهر لعنق الرحم

||||| Fès le

10/02/2020

فاس في

ORDONNANCE

Mme EL ACHOURI AMAL 43 ans

UTROGESTAN 200 MG CAPSULE

1 caps/j en intra vaginale 2 fois par jour x 1 mois

ACTYL B9

1 prise / jour pdt 1 mois

ACTYL D

1 prise / jour pdt 1 mois

MELIMAG

1 prise / jour pdt 1 mois

NOVIRON B 9

1 prise / jour pdt 1 mois

Rendez-vous le 19/02/2020 pour controle

Lot N° :

A consommer avant :

Acide Folique	LipoFer 160mg soit 14mg de Fer élément	200µg
Analyse moyenne	Par 1 gélule	AJR
INFORMATIONS NUTRITIONNELLES		
		50%
		100%



30 Gélules



LipoFer + Acide Folique

NOVIRON^{B9}

Complément alimentaire, n'est pas un médicament
Autorisation du ministère de la santé n° : DA 2016 1412065 DMP/20UCA /v1



LipoFer + Acide Folique

NOVIRON^{B9}

NOVIRON^{B9}

LipoFer + Acide Folique

CONSEILS D'UTILISATION:

1 gélule par jour

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

LES LABORATOIRES

BIOXPERT

Maroc

www.bioxpertlab.com

UT.AV

06/2022

LT:NB11

NOVIRON B9

P.P.C

125 DH

Actyl D

5 µg / 200 UI À avaler

Fortifiant

60 comprimés

| riche en cholécalciférol

Actyl D

5 µg / 200 UI À avaler

Complément alimentaire à base de vitamine D.

Fortifiant

60 comprimés

Aide à :

- préserver le capital osseux
- maintenir le bon fonctionnement du système musculaire
- soutenir les défenses naturelles de l'organisme

Poids net total : 4,8 g

LABORATOIRES ace

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Actyl D

PVC : 86,00 DH



3 700180 039797



AYD60MARETT

MELIMAG[®] B6

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

LES LABORATOIRES
BIOOXPERT
Maroc

UT.AV | MELIMAG B6
10/2022 | P.P.C
L:MM16 | 78DH

LES LABORATOIRES
BIOOXPERT
PRO

Apport Journalier Recommandé
A consommer avant:
Lot N°:

INFORMATIONS NUTRITIONNELLES		
Analyse moyenne	Par 2 gélules	AJR*
Magnésium	300 mg	100%
Vitamine B6	2 mg	100%

UTROGESTAN® 200mg

Progestérone

Progestérone (DCI) naturelle micronisée 200 mg p. capsule
Boîte de 15 capsules molles orales ou vaginales.
Lire la notice pour plus d'informations.
Ce médicament est un traitement hormonal progestatif.
Un examen est nécessaire avant et périodiquement
en cours de traitement.
Pas de précautions particulières de conservation.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Médicament soumis à prescription médicale.
Tableau A (Liste I)

NE LAISSER NI À LA PORTÉE NI À LA VUE DES ENFANTS

15 Capsules molles orales ou vaginales
كبسولة لينة عن طريق الفم أو المهبل

UTROGESTAN® 200mg

Progestérone

BESINS
HEALTHCARE

ايتروجيستاتان 200 ملغم

بروجيسترون

بروجسترون طبيعية ميكرونيزي 200 ملغم

عنية بـ 15 كبسولة عن طريق الفم أو المهبل.
اقرأ النشرة لمزيد من المعلومات.
هذا الدواء علاج هرموني بالبروجيسترون.
فحص طبي ضروري قبل ودوريا أثناء العلاج.
لا يوجد احتياطات خاصة للحفاظ.

احترم المقادير المحددة

هذا الدواء يؤخذ بوصفة طبية
لا يترك في متناول ولحم أطفال



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

ايتروجيستاتان 200 ملغم

بروجيسترون

Détenteur de DE :
Laboratoires
Besins International
3, rue du bourg l'Abbé
75003 Paris,
(France)

Fabricants :
Laboratoires
Besins International
13, rue Périer
92120 Montrouge (France)
Besins Manufacturing
Belgium
128 Groot-Bijgaardenstraat
1620 Drogenbos (Belgique)

Cyndeia Pharma, S.L.
Pol. Ind. Emiliano Revilla Sanz
Avenida de Agreda, 31
42110 Ólvega, Soria (Espagne)

Distribué par :
PROMOPHARM S.A Z.I. du Sahel,
Had Soualem - Maroc

UTROGESTAN 200 mg.

15 CAPSULES

P.P.V. : 95DH00

Distribué par Promopharm S.A.

900102

BESINS
HEALTHCARE



بروموفارم ش.م
PROMOPHARM S.A

Actyl B9

200 µg À avaler

- La vitamine B9, également connue sous le nom d'acide folique ou encore de folate, contribue :
- à la santé du cœur et à la formation normale du sang. En effet, elle contribue au métabolisme normal de l'hémocytiste dans notre sang, réduisant le risque cardiovasculaire.
 - au maintien des fonctions mentales.
 - Elle aide à préserver notre équilibre nerveux et notre performance mentale.
 - à favoriser le bon développement du fœtus.
- Elle aide au développement normal du tube neural du bébé chez la femme enceinte.

Conseils d'utilisation :
prendre 1 comprimé par jour avec un grand verre d'eau, le matin de préférence.

À consommer dans le cadre d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain. Il est conseillé de ne pas dépasser la dose recommandée. Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs. À conserver dans un endroit sec et frais. Garder hors de portée des enfants.

* Valeurs autorisées de référence

ANALYSE NUTRITIONNELLE	
Pour 1 comprimé	
Énergie	0,80 kJ / 0,20 kcal
Matières grasses	0,00 g
dont acides gras saturés	0,00 g
Glucides	0,08 g
dont sucres	0,00 g
Protéines	0,00 g
Sel	0,00 g
Vitamine B9 (100 % des VNR*)	200 µg

LABORATOIRES

Parc d'Activité Sud Loire - 85612 Montigny - FRANCE
Health Innovation - 20000 Casablanca - MAROC

www.laboratoires-actyl.fr

Complément alimentaire n'est pas un médicament.

Fabriquée en France - Made in France

3 700180 027299



AYB9MARETT1

Actyl B9

PVC : 60,00 DH

