

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

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° P19- 053999

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6167 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIDRIS HAYAT

Date de naissance : 28/06/69

Adresse : Résidence Abdellah Agpt 10

Tél : 0685998953 Total des frais engagés : 569 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : ELIDRIS HAYAT Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Supr. B. de

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 : Casablanca Le : 28/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/02/2020	G		150,10	

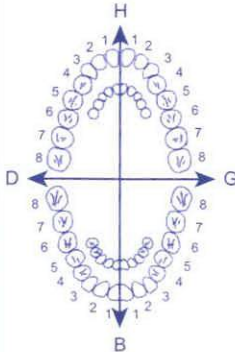
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/4/2020	418,30

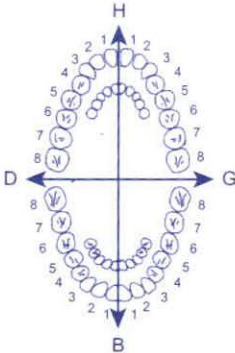
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OC.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient			
					COEFFICIENT DES TRAVAUX		
						MONTANTS DES SOINS	
							DEBUT D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																
<input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr TAHRI CHAFIQ

Diplôme Universitaire Diabétologie - Bordeaux (France)
Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale
Diplôme Universitaire Gynécologie Médicale Suivie de Grossesse
Diplôme Universitaire Gériatrie du - Bordeaux (France)
Stérilité du couple - Bordeaux (France)
Echographie - ECG



الدكتور الطاهري شفيق

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري - بوردو (فرنسا)
دبلوم جامعي في التغذية و الحماية الطبية - بوردو (فرنسا)
دبلوم جامعي في أمراض النساء و الحمل
دبلوم جامعي في أمراض المسنين و الشيخوخة - بوردو (فرنسا)
العقم عند الزوجين - بوردو (فرنسا)
التخطيط الكهربائي للقلب - الفحص بالصدى

Casablanca, le : 28/04/2020 : الدار البيضاء، في :

M. El Idrissi Hayat

4x100mg

1 AMXW
Dexamol sel



16.60
1 AMXW
Lacompel 0.1%



2x100mg

1 AMXW
Chartee



3x150mg
3 AMXW
Ciloxan collyre



PHARMACIE BEN TOFAÏL
SEPTIEME CASSABLANCA
61, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Téléphone : 022.96.34.68

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

6 118001 070176
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

PHARMACIE BEN TOFAÏL
SEPTIEME CASSABLANCA
61, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Téléphone : 022.96.34.68

Dr. Chafiq Tahri

foins), de la rhinite apériodique, de c
(urticaire,...).

- Traitement symptomatique des urti

Contre-Indications :

L'hypersensibilité à ce médicament
Enfants de moins de 2 ans

Effets indésirables :

Bouche sèche, fatigue, somnolence

Mise en garde et précautions :

- La loratadine franchissant la barrière
à éviter durant la grossesse et l'allaitement
- L'innocuité et l'efficacité de la Loratadine
les enfants de moins de 2 ans.

Posologie et Mode d'emploi :

Enfants de 2 à 12 ans :
Poids corporel > 30 kg : 10 mg de
de sirop)
Poids corporel ≤ 30 kg : 5 mg de
de sirop)

Adultes et enfants au dessus de 12 ans
le matin au petit déjeuner.

Vu l'absence de données suffisantes
les patients atteints d'insuffisance

Ne pas laisser à la portée des enfants
Conserver à l'abri de l'humidité
Liste II



Laboratoire

30 قرصا

كلارين

لوراتادين

LOT : 9898
UT. AV : 10-20
P.P.V : 61 DH 00

مختبر للحساسيات
A19350 Fleximat

10 مغ

لو كابتريدي 0,1%

درستويدي 0,1%
دسي يستعمل فوق الجلد

LOCAPRED®

0,1%

Désionide 0,1%

Crème Voie cutanée



LOCAPRED 0,1%
CREME T15G

P.P.V : 16DH60

LOT : 8MA109

PER.: 09 2020

DERMATOLOGIE

15 غ
الغوب

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

15 g
TUBE

Lot 60282

EXP 08 2021

ID : 636168

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40,00 Dhs



Lot 60282

EXP 08 2021

ID : 636168

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 Dir



6

Lot 60282

EXP 08 2021

ID : 636168

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 Dhs



6

Lot 60282

EXP 08 2021

ID : 636168

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 40,00 Dhs



118000

161301

Clartec®

Lořatadine

10 mg

Voie orale

Mřdicament Antiallergique

22,00

Clartec®

Lořatadine

10 mg

Voie orale

Mřdicament Antiallergique

22,00