

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M20- 0000429

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9947 Société : 56683

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHARKI - OMAR

Date de naissance : 15-05-1968

Adresse : Perle de Nourceur 4 Imm 5 Apt 6

étage 2 Nourceur - Casablanca

Tél. : 86.61194803 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Dernier - Tél. : 06 61 93 28 94

Date de consultation : 22/01/2021

Nom et prénom du malade : OULHAG Fatima Age :

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

Nature de la maladie : diabétique, FC chronique

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 : 22/01/2021 Le :

Signature de l'adhérent(e) : BENCHARKI

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
29/11/94	C	2	10000	Dr. MALIKI Mohammed Médecine Générale Diplôme en Echographie Dergoua - Tél. 06 61 95 28 94

22/11/01 C a 1000/0

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Capté du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie PRINCIPALE DEROUA sari au Bloc UN° 1 Der Tél: 05 22 52	22/01/21	224,30
		F N° 062049176

Bloc UN° 1 Deroua
 Tél: 05 22 53 20 83

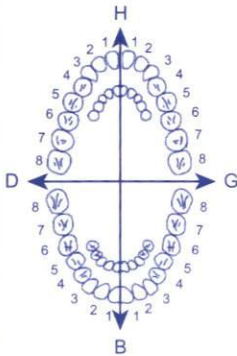
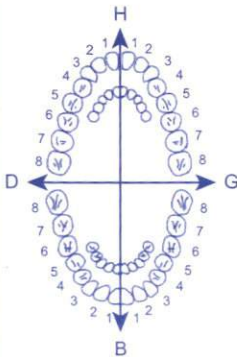
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>														
				Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The arch is composed of stones numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the top and moving down to the base. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'R'. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'. Arrows indicate the direction of water flow from 'H' to 'R'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date

22/01/2021

ORDONNANCE

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

OULHAJ Fatima

17,60 - Glucose 150g

MP 20

15,20 - Glucose 850 g

MP 1

2550 x 2 - Dapsyl 100g
Dapsyl 100g

22,70 - Rins u.c. 20g

58,00

224,30

Dr MALIKI Mohammed
Médecine Générale
Diplôme en Echographie
Deroua - Tél. : 06 61 93 28 94

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
sarl au
Bloc U N° 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

LOT 201451
EXP 11/2025
PPV 45.20DN

TOPSYNE GEL
FLUCINONIDE

25,50

TOPSYNE GEL
FLUCINONIDE

25,50

Composition: Désogestrel 0,150 mg, Ethinylestradiol 0,020 mg
Excipient : q.s.p un comprimé.
Excipients à effet notoire : lactose

التركيب: ديسوجستريل 0,150 مغ، إيثيل إستراديول 0,020 مغ
المواد: ك.س.ب. قرص واحد
مواد ذات التأثير الملحوظ: لاكتوز

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Médicament soumis à prescription médicale

يُحفظ بعيداً عن متناول و مرمى الأطفال
دواء خاضع للتوصف الطبي



MERCILON Boîte de 21 comprimés
Distribué par MSD
AMM 311/14DMP/21/NTT
P.P.V : 58,00 DH

10785/290615-2

Titulaire d'AMM /Détenteur de D.E en Algérie /
صاحب رخصة التسويق /صاحب مقرر التسجيل في الجزائر

N.V. ORGANON

Kloosterstraat 6, 5349 AB, Oss, Pays-Bas.

Fabricant / الصانع

N.V. ORGANON

Kloosterstraat 6, 5349 AB, Oss, Pays-Bas.

Ou/ أو

ORGANON

PHARMA5

LOT : 4727
UT.AV:11-23
PPV: 22DH70

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

Excipient à effet notoire : Lactose

Lire la notice avant utilisation.

A conserver dans l'emballage original. Voie orale.

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

Sur prescription médicale uniquement

AMM N°: 298/DMP/21/NRQ

Titulaire d'AMM au Maroc:

Laprophan 21,
Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Fabricant / الصانع

Merck Santé s.a.s.

2, rue du Pressoir Vert
45400 Semoy - France

Respecter les doses prescrites en
fonction du poids du patient
احفظ الجرعات الموصوفة حسب
وزن المريض
Liste I



6 118001 121380

MERCK

Glucovance® 500 mg/5 mg

comprimé pelliculé

30 comprimés pelliculés

Glucovance 500 mg/5 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 47.40 DH



Glucovance® 500 mg/5 mg

comprimé pelliculé