

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 rééducation.
- 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

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° W21-620524

67264

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Benjelloun Soulim Aïssa

Date de naissance : 02/04/1958

Adresse :

Tél. : 0661086153 Total des frais engagés : 503,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/3/2021

Nom et prénom du malade : ABDELHAKIM Age :

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

Nature de la maladie : Maladie 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 : Le : 14/04/2021

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

Autorisation CNDP N° : A-A 215/2019

W21-620524

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
29-03-21	CH	-	2004	INP 19918019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAHAJMA Nadia ZERAMMA du Phare, Résidence Elghazouli Ianca - Tel : 05 22 20 20 67	29-03-21	303,70

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KABBAJ BENCHERIF Noufissa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

MEDECINE GENERALE

Expert Assermentée Prés des Tribunaux



الدكتورة القباج ابن الشريف نفيسة

خريجة كلية الطب بالرباط

الطب العام

خبيرة محلقة لدى المحاكم

Nom : Bencherif Noufissa

Casablanca, le : 29-3-2024

1) ^{99,00} Alclav 1g (SV)
1st et 2nd at op

2) ^{38,90} Hepa (SV)
2g 1st et 2nd at op

3) ^{58,40} Effi (SV)
2g 1st et 2nd at op

4) ^{40,30} Xanax 0,5 (SV)
1/2g 1st et 2nd at op

5) Brandaxed
1cs 3 p. 1 T at op

6) ^{53,10} Relaxol 500 (SV)
1g 3 p. 1 T at op

7) ^{14,00} Dcl (SV)
1g 1st et 2nd at op

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
LOT : 19E004
P.P.V : 530H10
6 118000 1068833

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare, Residence Taghazout
Casablanca - Tel.: 05 22 20 28 67

Dr. Kabbaj Benchérif Noufissa
Tél: 05 22 25 28 07

11. فضاء ماجوريل، زنقة أبو حيان التوحيدي، الطابق الخامس رقم 9 (قرب كارفور دو ليفر) - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 28 07

11. Espace Majorelle rue Abou Hayane Attaouhidi, 5ème étage N° 9 (Proche Carrefour du Livre)

Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 25 28 07

LOT 190130
EXP 01/2022
PPV 40.30DH

Xanax[®]

Comprimé sécable

كزاناكس[®]

قرص قابل للكسر

0,50 mg ملغ

alprazolam

ألبرازولام

Boite de 30
comprimés sécables

علبة من فئة 30
قرصا قابلا للكسر

Pfizer

ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

**Poudre pour
suspension buvable
en sachet**

1g/125 mg

LOT : 6703

Antibiotique

PER : 11-21

Voie orale

P.P.V : 99DH00

Boîte de 12 sachets

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

أكلاف®

أموكسيسيلين + حامض كلافيلاستيك

1غ / 125 مغ

existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL

PPV:14DH00
PER:09/22
LOT:I1930

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE. Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE

1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.
Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ



Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
COMPRIMÉ
ADULTE
10 Comprimés





هيپانات

20 قرص

A consommer de
préférence avant fin :

Lot n°

39,80 DH

Lot: W0510

Per: 02-2023



6

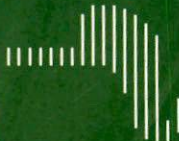
111255

870202

HEPANAT[®]

le dieci erbe

Le régulateur naturel du transit gastro-intestinal



ESNAPHARM
Laboratoire



20 comprimés