

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-520194

71312

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **EL SAFI TOURIA**

Date de naissance : **10-12-1955**

Adresse : **235 BO YACOUR EL HANOUJEL**
B II Residence ANFAL Beauséjour

Tél. : **066 132 7737** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. EL FATIMA ABDELHAFID**
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Date de consultation : **02 13/2021**

Nom et prénom du malade : **Mr EL SAFI TOURIA** Age : **65**

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

Nature de la maladie : **Polyarthrose**

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 : **02/03/2021 Casablanca** Le : / /

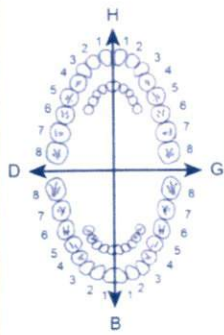
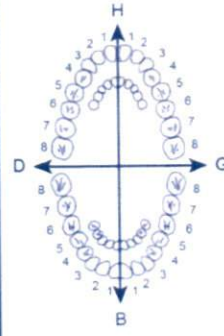
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
08-3-2021		CS	300,00	INP : 081037077

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/03/2021	631,00

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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																		

ORDONNANCE

DR. EL FATIMA Abdelhadi
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Pédagogie Locomotrice Podologie

le: 2-3-2021

M^{me} EL SAFI Toura

283.00

10/ Chondrosulf 400 mg

$1 \times 250 \times 3 \text{ mois}$

183.00

20/ Flexbon

$1 \text{ (1)} \times 3 \text{ mois}$

29.00

30/ Alorica 7.5 mg

$1 \times 250 \times 10 \text{ J}$

37.00

10/ Duoxal 500

$1 \times 375 \times 10 \text{ J}$

99.00

59 Oedex 20 mg: 115 x 15

PHARMACIE DE L'ORIENT
M^{me} LAHSSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Monnour - Casablanca
Tél: 0522 26 74 51

DR. EL FATIMA Abdelhadi
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Pédagogie Locomotrice Podologie

Flex-Tonic®

Le confort articulaire

- Composition par comprimé :
 - Vitamine C 60 mg (75% des AJR*)
 - Collagène non dénaturé de type II 40 mg (UC-II®)
 - Silice 10 mg (dont Silicium 4,6 mg)
- Liste des ingrédients : Épaississant : Phosphate dicalcique, Cellulose microcristalline, Vitamine C, Collagène non dénaturé de type II, Enveloppe HPMC (Hydroxypropylmethylcellulose, Cellulose microcristalline) Épaississant : Croscarmellose sodique Dioxyde de silicium, Anti-agglomérant : Stearate de magnésium.
- Conseil d'utilisation : 1 comprimé par jour.
- Voie orale.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Respecter la dose recommandée
- Ce produit ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain
- Poids net : 15,5 g.

* Apport Journalier Recommandé

Laboratoire SYNERGIA - 43500 BEAUNE SUR ARZON
Tél. 00 33 (0)4 77 42 30 10 - www.flextonic.fr

Autorisation du ministère de la santé N° : DA 20181607446DMP/20UCA/MAV2

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Distribué au Maroc par Pharmhygiène
9, rue Rahal Meskini - FES



Lot:
DLC:

FTA09/19
09/2022

P.P.C : 183,00 DH

LOT 190816
EXP 01/2022
PPV 99.00DH

OEDOS[®]

oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

28 x 

 DURÉE

 MATIN

 MIDI

 SOIR



COOPER
PHARMA

Médicament

X 84 

1 gélule/repas

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH

Chondrosulf[®]

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS₄ - ACS₆)

400 mg

Traitement symptomatique à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires
Genevrier

Titulaire / Exploitant :
Laboratoires Genevrier

280, rue de Goa – Z.I. Les 3 Moulins
Parc d'activités de Sophia Antipolis
06901 Sophia Antipolis Cedex – France

Fabricant :
IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.
Via Martiri di Cefalonia, 2
26900 LODI - Italie

Médicament autorisé n° 3400933591731

DUOXOL
Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg

Voie orale

Boîte de 20 comprimés

POLYMÉDIC

دوبكسول 500mg/2mg **Boîte de 20 comprimés**
علبة من 20 قرصا

37,00

29,00



ألوكسيا[®]
ميلوكسيكام



ALOXIA[®] 7,5 mg
10 comprimés



6 118000 022732

سوطينما
sothema

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
عدد	قبل	مساء	متوسط	صباح	الليل