

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-630334

74012 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 984 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Art Bechkech Racham

Date de naissance : 25/08/1985

Adresse :

Tél : 0669 103941 Total des frais engagés : 590 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/06/2021

Nom et prénom du malade : ART BECHKECH RACHAM Age : 36

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

Nature de la maladie : Gastroentérologie

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 : 06/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-630334

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 : 12 984

Nom de l'adhérent(e) : Art Bechkech Racham

Total des frais engagés : 590

Date de dépôt : 06/06/2021

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
06/06/2021	ca.r.c.		3500	INP: 097121787

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/6/202	170.30

[illegible]

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

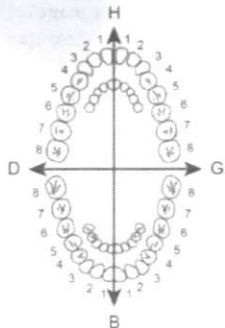
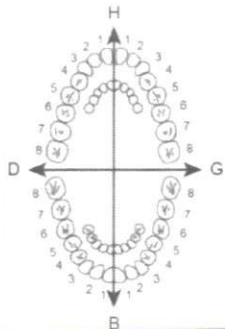
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أجيال AJIAL



مصلحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 06/06/2024

Enth AIT KECT+KECT 2y-1

11.30
1/ vagelene 5mg →
1 mg x 2j

20 min
ant mp.
g.

6000
2) Entereg - n
99.0



x 2j

g.

3) Lactel s

140.30

Pharmacie SR
Mohamed Fayçal KHA LAJ
Docteur en Pharmacie
341, Bd Panoramique
TEL/FAX: 022-62-71-35 - CASA

Dr. Ait LAHSINE Fatima
PEDIATRIE
53, Bd Oukhroun Nafiti 1er Etage
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél. 05 22 60 63 66

3 ml
of 5 ml



Posologie: Adultes: 2-3 flacons par jour.

Enfants: 1-2 flacons par jour.

Nourrissons: 1-2 flacons par jour.

Prendre le contenu du flacon tel quel ou le diluer dans de l'eau ou une autre boisson.

Afin d'éviter toute altération du médicament, il doit être pris aussi rapidement que possible après ouverture du flacon.

Posology: Adults: 2-3 vials per day.

Children: 1-2 vials per day.

Infants: 1-2 vials per day.

Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

Once open, take the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

Sanofi S.p.A.

Viale Luigi Bodio, 37/b

20158 Milan - ITALIE / ITALY

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

Sanofi S.p.A.

Viale Europa, 11

21040 Origgio (Va) - ITALIE / ITALY

Ne pas injecter

Do not inject

يجب عدم الحقن



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1,

Ain sebaâ Casablanca

Entarogermina, susp b 10 fl

P.P.V : 60,00 DH



PRODEFEN
Complément alimentaire

Lot :

116535

Date de Fab :

06.2020

Date de Pér :

06.2022

PPC : 99 Dhs



Conserver dans un endroit frais et sec, loin de la lumière
directe du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.
Maintenir le produit hors de la portée des enfants.

Complément alimentaire n'est pas un médicament

PXN est une marque déposée de Probiotics International Limited (Protein)

Tous droits réservés

فوغا لين

ميطوبيمازين

كاملع

عن طريق الشرج

LOT: 210276
PER: 02-2024
PPV: 11,30DH

ZOGALENE 5 mg

10 Suppositoires

10 x

تحاميل



6 118000 081074

مدة استخدام
١٠ زوايا مساء

COOPER
PHARMA