

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 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



Déclaration de Maladie
N° M20- 0009348

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12615 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAHMOUD SAÏD
Date de naissance : 26-04-1986
Adresse : N°40 lotissement cydonia Errachidia
Tél. : 0663.1915.711 Total des frais engagés : 582,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 AOUT 2021
Nom et prénom du malade : MAHMOUD SAÏD Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Affection pédiatrique
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 : 16/08/2021
Signature de l'adhérent(e) : SAÏD

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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
16 AOUT 2021			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/21	382,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

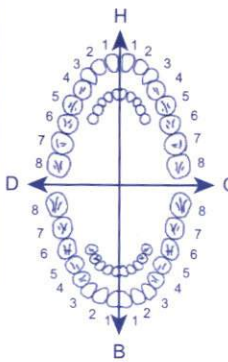
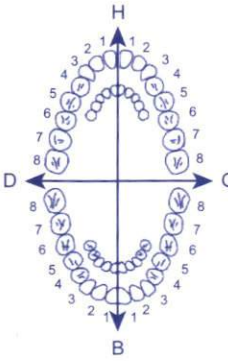
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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>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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. NOHA KHADRE

Pédiatre

Maladies du Nouveau né - Nourrisson - Enfant

Allergie - Asthme

Maladies Respiratoires de l'Enfant



الدكتورة نهى خضر
طبيبة أطفال

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع

أمراض الحساسية

الربو و الجهاز التنفسي

Ordonnance

Casablanca, Le :16 AOUT 2021



Pharmacie VITA - SARLAU
TEL: 05 22 98 43 63
FAX: 05 22 98 44 45
E-mail: vita@vita.ma
N°1, Bd Brahim Roudani
Mg Maarif, Maarif - Casablanca

MAKHLOU ELIAN

5,50
(1)

Lorazepam

1/2 cml/j

5,100

(2)

Empidon 4mg Sachet

1 sachet 1/2 pot 9 mois

10,50

(3)

Drosera 1 sachet

18,50

(4)

Blatta snailis 1 sachet

3 sachet x 4/j

3 sachet x 4/j



إقامة الإنفتاح - زاوية ابراهيم الروداني و نحاس نحوي - الطابق 2 فوق CIH - المعاريف - البيضاء
Résidence Inftah - Angle Brahim Roudani et Nahass Nahoui (Ex pelvoux) 2ème étage - Maarif - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 25 02 02 - Gsm : 06 14 83 92 00 / E-mail: nohakhadre@hotmail.fr

1850 *

⑤ Ceph metallic sch
3paus x 4 1/2



18.50
⑥ Bryonia sch
3paus x 4 1/2



pot 70g

⑦ Spectrum poche
3300
2pts x 1/2 pot 10g



05.202

VITA
Pharmacie VITA - SAMLAU
Tél: 03 22 98 43 43
Fax: 03 22 98 44 45
P: 03 22 98 44 45
100, Bd Steurum, Rouen
Val d'Avre, Massat - CASSA

VITA
Pharmacie VITA - SAMLAU
Tél: 03 22 98 43 43
Fax: 03 22 98 44 45
P: 03 22 98 44 45
100, Bd Steurum, Rouen
Val d'Avre, Massat - CASSA

Un sachet de granulés contient 4 mg de montelukast sous forme de montelukast sodique.
Voie orale.

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Distribué par MSD Maroc

P.P.V : 251,00 DH



LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

PPV: 24DH50

PER: 03/23

LOT: K669 .

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

Solution buvable
Flacon de 60 ml



6 118000 041696



à utiliser
sans avoir lu la notice

AMM N° 09/16 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE