

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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.

Éducation :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 066644

84083

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abalagh Aouach A.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-66644

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).

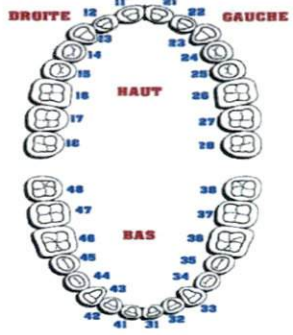
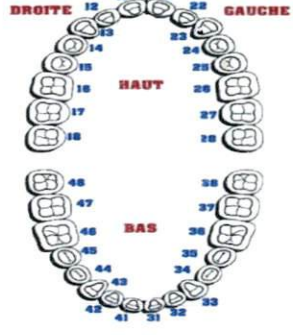
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom : IDRISSI MBARK		Téléphone : 06.68.32.01.14		Signature de l'adhérent	
Fonction : retraité		Matricule : 3189			
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : ABALAGH AOUIACH		Age : 01 / 01 / 1963		Date de la première visite : / /	
Nature de la maladie : HTA		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>		Dr. Abdelaziz BENHAMO Médecine Générale Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Khil - Tél: 05.28.87.89.96	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes : 02.07.21		Nature des actes :		Nombre de Coefficient : C	
				Montant détaillé des Honoraires : 150,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates :		Montant de la facture : 600,6			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates :		Désignation des Coefficients :		Montant détaillé des Honoraires :	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates :		Nombre :		Montant détaillé des Honoraires :	
		AM PC IM IV			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur					

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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	Coefficient des travaux												
				<input type="text"/> Montant des soins : <input type="text"/> Début d'exécution : <input type="text"/> Fin d'exécution : <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<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>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	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> Montant des soins : <input type="text"/> Date du devis : <input type="text"/> Fin de l'exécution : <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														
VOILET ADHERENT																
NOM du Patient :			DECLARATION N°													
			W													
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes													
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois													

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale

Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP

الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط



Sidi Ifni, Le: 2.09.2021 سيدي إفني, في: 2.09.2021

Mr, Mme, Melle: AB A la QH A ouais

689 x 3 = 2067

Fludex 4p

812 x 3 = 2437 - 1 p 4

Tenor 1c

167

3 mois

227 x 2 = 454

Rinol 1c

M. x 2 = 16 - 1 SV 8/

2p vita

846 1p x 3

Piva 1c

788 1p x 3

Fludex 4p

RDV Le: 16x v32

Pharmacie EL OUAFI
Dr. Driss BRYMIMMED
Tél: 05 28 87 59 96
Inp: 04 20 74 15 1
ICE: 001231294000063

Dr. Abdelaziz BENHMID
Médecine Générale
Amical AL FATH
Au camping municipale
Sidi Ifni -
Tél: 05.28.87.59.96

ودادية الفتح أمام المخيم البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96

Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

Voie orale

Sirop
Flacon 200ml



Fluibron® 0,3%
Ambroxol

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

38,80



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ممتدة تحرير

المسحوق 15 مل

FLUDEX[®] LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المقررة

4890

DR. 0



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ممتدة تحرير

المدة 15 ساعة

FLUDEX[®] LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المقررة

4890

0850



30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée

FLUDEX[®] LP

Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



30 حبة ممتدة تحرير

المسحوق 15 مل

FLUDEX[®] LP

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

قائمة II : لا تصرف إلا بوصف وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

4890

0850

POSOLOGIE

• Enfant de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.

Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.

• Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) :

1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.

Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.

..... comprimés/prise
..... fois/jour pendant jours

DolipraneVitaminc®

Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

16 comprimés effervescent



• MM N° 554/15 DMP/21/NRQ

6

118000 041252

دوليببران فيتاامين س®

بارا صيطا مول 500 ملغ + فيتاامين س 150 ملغ



بوتني
مركز الكايناريان - مين السبع - الدار البيضاء
م. البشري - ميداني معقول

b

الأوجاع والحمى

16 قرصا فوارا

18,00
P P V 1 8 D H 0 0
P E R 0 4 / 2 4
L O T K 1 2 5 0
S 1

POSOLOGIE

• Enfant de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.

Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.

• Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) :

1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.

Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.

..... comprimés/prise
..... fois/jour pendant jours

DolipraneVitaminc®

Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

16 comprimés effervescents



• MM N° 554/15 DMP/21/NRQ

6

118000 041252

دوليببران فيتاامين س®

بارا صيطا مول 500 مغ + فيتاامين س 150 مغ



بوتني مد
مركز الكايناريان - عين السبع - الدار البيضاء
م. البشري - ميداني معقول

b

الأوجاع والحمى

16 قرصا فوارا

18,00
P P V 1 8 D H 0 0
P E R 0 4 / 2 4
L O T K 1 2 5 0
S 1

Ne pas laisser à la portée des enfants

pivalone® 1%

Suspension nasale



1% نیتروجن
ایف ای
ایف ای

Composition
Pivolate de
tixocortol.....1,000 g
Excipient q.s.p. 100 g

LOT:

24, 40

PER:

PPV:



TENORMINE® 100 mg
28 COMPRIMES
PELICULES SECABLES

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

تينورمين 100
أينورمين

04148



TENORMINE® 100 mg
28 COMPRIMES
PELICULES SECABLES

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Liste I

28 حبة قابلة للتقسيم

تينورمين 100
أينورمين

04148



TENORMINE® 100 mg
28 COMPRIMES
PELICULES SECABLES

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I حبة واحدة للنسمة 28

تينورمين 100
أينورمين

04148

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

رينوميدين

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10



٥٤,٧٥

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

رينوميدين

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10



Rhinomidine® boîte de 10 sachets

04,70

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول