

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 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° M21- 071911

87428

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9751 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : QUADRY AHZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0822353004 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور بنيس محمد
شريف محلف لدى المحاكم
الطبيب العام
713 شارع 2 مارس الدار البيضاء
الهاتف : 0522 215 723 0522 211 3017

Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : HOUKRY EN QUADRY AHZ

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

Nature de la maladie : Helicobacter pylori positive

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) : R ACC

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
12/04/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12.04.2021	1860

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

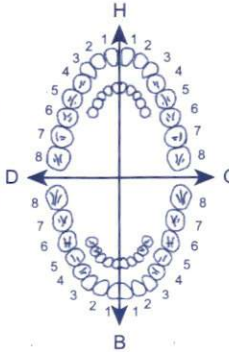
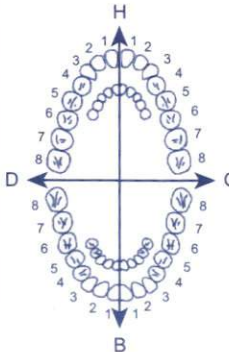
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور امحمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

خبير محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد

Casablanca, le12/07/2021..... الدار البيضاء في

Madame CHOUKRY EP QUADRY KHADIJA

1/ OMIZ 20 MG BTE 28

1 gélule après le repas matin et soir

2/ CLAMOXYL 1g Cps bte 24

1 cp après le repas matin et soir

3/ CLARIL 500 CP

1 cp après le repas matin et soir

4/ FLAGYL 500mg Cps

1 cp après le repas matin et soir pdt 10 jours

5/ NO DEP 50 CP x 2

1 cp le matin

6/ TRANXENE 5mg gél bte 30 x 2

1 cp matin et soir

NO-DEP® 50m

Sertraline

سنترا لينة
30 قرصا



NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables

سنترا لينة
50 ملج
نو-د-بو

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc
Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيلا المغرب
ص.ب. 4491 - 11850 عين العود - المغرب
يصنع من طرف : معهد الصيدلة

Composition

Sertraline Chlorhydrate (DCI) 50mg مغ
Excipients q.s.p 1 comprimé

المركبة :

كلوريدات السيترالين 50 مغ
مكونات لد. لدل. 1 قرص

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير المحددة

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT: 317
PER: JAN 2023
PPV: 126 DH 80

NO-DEP® 50m

Sertraline

سنترا لينة
30 قرصا



NO-DEP® 50mg
30 cps pelliculés sécables

سنترا لينة
50 مجم
نو-د-بو

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc
Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيلا المغرب
ص.ب. 4491 - 11850 عين العود - المغرب
يصنع من طرف : معهد الصيدلة

Composition

Sertraline Chlorhydrate (DCI) 50mg مغ
Excipients q.s.p 1 comprimé

المركبة:

كلوريدات السيترالين 50mg مغ
مكونات لد. لدل. 1 قرص

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير المحددة

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I

NO-DEP® 50mg

Sertraline

30 Comprimés pelliculés
sécables

LOT: 317
PER: JAN 2023
PPV: 126 DH 80

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743



لا يجوز تجاوز مدة العلاج 12 أسبوعاً
à 12 semaines

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Durée de prescription limitée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

18,40

P-V 10 340

LOT 20- 037

P-R 10 3



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في منأى عن أشعة الضوء والرطوبة.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

اقرأ بانتباه النشرة قبل الاستعمال.

خاص بالأطفال والاطفال ابتداء من سن ما فوق 9 سنوات.

للكسولة وأحد:

المكونات: الكورازيبات ثنائي البوتاسيوم..... 5 جم

عن طريق الفم 30 كبسولة

الكورازيبات ثنائي البوتاسيوم

تيرانكسين® 5 ملغ

Tranxène® 5 mg

Clorazépatate dipotassique

Voie orale



30 gélules

SANOFI



Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743



لا يجوز تجاوز مدة العلاج 12 أسبوعاً
à 12 semaines

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Durée de prescription limitée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

18,40

P-V 10 340

LOT 20- 037

P-R 10 3



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في منأى عن أشعة الضوء والرطوبة.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

اقرأ بانتباه النشرة قبل الاستعمال.

خاص بالأطفال والاطفال ابتداء من سن ما فوق 9 سنوات.

للكسولة وأحد:

المكونات: الكورازيبات ثنائي البوتاسيوم..... 5 جم

عن طريق الفم 30 كبسولة

الكورازيبات ثنائي البوتاسيوم

تيرانكسين® 5 ملغ

Tranxène® 5 mg

Clorazépatate dipotassique

Voie orale



30 gélules

SANOFI 

Tranxène 5 mg

30 gélules



6 118000 011743



لا يجوز تجاوز مدة العلاج 12 أسبوعاً
à 12 semaines

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Durée de prescription limitée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

18,40

P-V 10 340

LOT 20- 037

P-R 10 3



يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في منأى عن أشعة الضوء والرطوبة.

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

اقرأ بانتباه النشرة قبل الاستعمال.

خاص بالأطفال والاطفال ابتداء من سن ما فوق 9 سنوات.

للكسولة وأحد:

المكونونات: الكلورالزيبات ثنائي البوتاسيوم..... 5 جم

عن طريق الفم 30 كبسولة

الكلورالزيبات ثنائي البوتاسيوم

ترانكسين® 5 ملغ

Tranxène® 5 mg

Clorazépate dipotassique

Voie orale



30 gélules

SANOFI 

Composition :

Clarithromycine 500 mg.

Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات كاليينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®



Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

P.P.V. : 160,00 DH

6



18000191001

CLARIL®

Boîte de 14 Co

Lot N° / Date Per. :

75x60x20

ECLBZ1V1F

14

Comprimés

Voie orale



GALENICA

Flagyl[®] 500 mg

Métronidazole

Voie orale

20 comprimés pelliculés

PER: 11 2025

LOT: 20E044

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V : 49DH60



FI 

