

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.

Diagnostic 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

- 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

94066

Déclaration de Maladie : N° P19-0015593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12434 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Zineb Bendcheqoun Date de naissance : 17.09.85
 Adresse : 10bis Rue Abou Inane Apt 18 Hassan Kasab
 Tél. : 0641612494 Total des frais engagés : 401,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Aziz EL MAHDAOUI
 Ancien Médecin Militaire
 Médecine Générale
 Médecine du Sport
 Echographie
 Imm. 16, Appt. 3, 1er Etage, Av. Kebibat
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/11/2021
 Nom et prénom du malade : Zineb Bendcheqoun Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite chronique
 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 : 30/11/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

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
24/11/2021	C		200,00	<p>Docteur AZIZ EL MAHMOUDI</p> <p>Ancien Médecin Militaire</p> <p>Médecine Générale</p> <p>Médecine du Sport</p> <p>Echographie</p> <p>Imagerie, Appt. 3, 1er Etage, Av. Kebab</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SAAD</p> <p>Avenue Kebab N° 1 - Rabat</p> <p>Tél.: 05 37 72 34 95</p> <p>INPE : 102051315</p>	24/11/2021	401,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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													
					DATE DU DEVIS													
					DATE DE L'EXECUTION													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR AZIZ EL MAHDAOUI

Ancien Médecin Militaire

Médecine Générale

Médecine Du Sport

Echographie Echo-doppler couleur

ECG



الدكتور عزيز المهداوي

طبيب عسكري سابق

الطب العام

الطب الرياضي

الايكوغرافيا الالوكو - دوبلير بالألوان

تخطيط القلب

7^{ème} - Berchegma

Rabat le 24/11/2021 الرباط في:

203,00

- Symplicaine 25

30,60

- Co. trim

2 cp 2x5 205

30,00

- Rhinathiol 28 adulte

1 cos 3x5

37,40

- Neopred 20

401,00

PHARMACIE SAAD
Avenue Kebibat N°1 - Rabat
Tél.: 05 37 72 34 95
INPE : 102051315

Docteur Aziz EL MAHDAOUI
Ancien Médecin Militaire
Médecine Générale
Médecine du Sport
Echographie
Imm 16, Appl. 3, 1er Etage, Av. Kebihat

RHINATHIOL 5% AD
SIROP FL 125 ML
P.P.V. : 300H00
LOT : 20011
PER : 10 2023
6 118000 061427

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 5 mg
28 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 – BOUSKOURA

P.P.V: 303,00 DH

AMM 204 DMP/21/NCI

2-74772/1/40114-2

comprimé à croquer
Montelukast

Titulaire de l'AMM au Maroc

MSD Maroc (siège social)
166-168 Bd zerkouni, Casablanca

Fabricant
Merck Sharp & Dohme Ltd

Shotton Lane
CRAMINGTON-NORTHUMBERLAND- NE 23 3JU
Royaume uni

Titulaire
MSD FRANCE
10-12 COURS MICHELET
92800 PUTEAUX



SINGULAIR® 5 mg

SINGULAIR® 5 mg



comprimé à croquer
Montelukast

1.



FORMULE - FORMULA

Sulfaméthoxazole 0,400 g
Triméthoprim 0,080 g
Excipient q.s.p. 1 comprimé
Cette boîte contient 8 g de Sulfaméthoxazole et 1,6 g de Triméthoprim.
This box contains 8 g of Sulfaméthoxazol and 1,6 g of Triméthoprim.
لا يترك في متناول الأطفال
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

CO-TRIM®
20 comprimés



6 118000 030171

كو-تريم

سلفا ميتو كسازول - تريميتو پريم



علية نهها 20 قرصا

للبرووفان

CO-TRIM®

20 comprimés

PPV 300H60

EXP 05/2024

LOT 04017 1



NEOPRED®
Prednisolone 20mg

Indications - Contre-indications - Posologie -
Mode d'emploi - lire notice intérieure.
الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - الجرعات -
كيفية الإستعمال - إقرأ النسخة الداخلية

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.



(50x35x35) mm

NEOPRED®
Prednisolone 20mg

20
comprimés
effervescents

Voie orale

GALENICA

Lot: J 1157
Per: 03/24

نيوبريد®
بريدنيزولون 20 ملغ

20 قرصا فوارا

Composition :
Prednisolone 20 mg
(sous forme de métrasulfobenzoate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent
Excipients à effet notoire :
sorbitol, sels de sodium.

التركيب:
بريدنيزولون 20 ملغ
(في شكل ميثانولسلفونوات الصوديوم)
مكونات ذات تأثير معروف :
الصوربتول، ملح الصوديوم

AMM N° : 280/19DMP/21/NNP

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن الرطوبة والحرارة

Conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

احرص من الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

مختبرات كالمينيكا - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc



ENPAZIVFA02

20 comprimés effervescents

NEOPRED®
Prednisolone 20mg

نيوبريد®
بريدنيزولون 20 ملغ

20
قرصا فوارا

كالمينيكا

عن طريق الدم