

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.

Prothèse 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° M21- 065258

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13288 Société : R. Am

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAPIHA TALBI

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) :

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

- Reclamation : 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° W19-597258

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13258 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ET TALBI SOPHIA
 Date de naissance : 21/06/1989
 Adresse : RUE MOHAMED EL HAYANI N°8 RESIDENCE MATISSEA
 Apt 26 - 5^e étage - Casablanca
 Tél. : 0626245185 Total des frais engagés : 1086,8 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2021
 Nom et prénom du malade : ET TALBI SOPHIA Age : 32
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dépression.
 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 : 10/12/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
12/11/2021	C	C	400	INF : 09M914M
03/12/2021	C	C	400	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/12/2021	83,70
	12/11/21	203,10

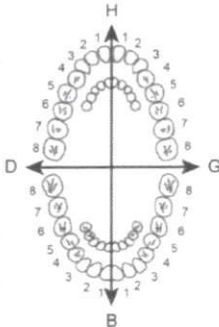
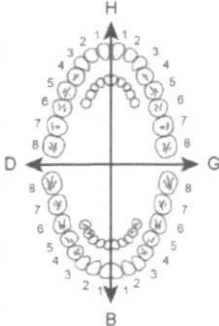
[illegible][illegible]

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"/>																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ORDONNANCE

03 / 12 / 2021

83.70 Sophia Ettahsi

①

Dévoal d'auug

1-0-0

②

Alypaz 0,5mg

0-0-1/2
pdt 1 sem.

(1 J/2)

pis ant

tt de 1 mois

83.70



For 1mb

14
Comprimés Pelliculés
Sécables

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable

Composition :
Un comprimé pelliculé contient
20mg de paroxétine (sous forme
de chlorhydrate de paroxétine
hémihydrate).



AMM MA: 85/12DMF/21/NRG
AMM TN: 5163041

14
Comprimés Pelliculés
Sécables

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable



Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
à l'abri de la lumière.
Titulaire/Exploitant :
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob
92500 Rueil-Malmaison

NIVEAU 2
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé



6200000
0034759

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer, et sans
contraception efficace
- la femme enceinte
- la femme en absence d'alternative
thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 647532
9 118001140237

6C3C
02 2024

Lot:
Exp:

114632





ORDONNANCE

12.11.2021

Ethalbi sophia

35,70

① ALepraz 205mg



83,70x99 - 0 - 1/2

② Devoat 20mg



- 1/2 - 0 - 0
pris 1 - 0 - 0

après prise de ptt 3j.

eu continu.

~~Etale Turb.~~



Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
• 223, Bd. Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
• 05 22 98 18 31 / GSM: 0651 82 89 53

POV 38



Alpraz[®]

Alprazolam

0,5 mg



28 Comprimés sécables
Voie orale



سوطيما
Sothema

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومراي الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف بموجب وصفة طبية - لائحة (أ) (المجموعة I)

Durée de prescription limitée à 12 semaines
وصفة طبية محدودة إلى 12 أسبوعا



Fabriqué par
Laboratoires **SOTHEMA**
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence des Laboratoires

MB

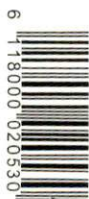
115470x22

0,5 ملغ

28 قرصا قابلا للإنكسار
عن طريق الفم



Alpraz[®] 0,5 mg
28 comprimés sécables



6 118000 020530

سوطيما
Sothema



COMPOSITION :

Alprazolam 0,5 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose,
POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES
EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice avant utilisation.
VOIE ORALE

CONDITIONS DE CONSERVATION :

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

أليپراز

أليپرازولام

أليپراز 0,5 ملغ
Alprazolam
28 comprimés sécables

28 قرصا قابلا للإنكسار

التركيبية:
أليپرازولام
كمية كافية لقرص واحد
سواغات
سواء ذو تأثير معروف، لا تكون
الكمية، طريقة الاستعمال، والتحذيرات الخاصة:
اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.
عن طريق الفم.
شروط الحفظ:
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.



E13510B00

14
Comprimés Pelliculés
Sécables

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable

Composition :
Un comprimé pelliculé contient
20mg de paroxétine (sous forme
de chlorhydrate de paroxétine
hémihydrate).



AMM MA: 85/12DMF/21/NRG
AMM TN: 5163041

14
Comprimés Pelliculés
Sécables

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable



Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
à l'abri de la lumière.
Titulaire/Exploitant :
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob
92500 Rueil-Malmaison



Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

6200000
0034759

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer, et sans
contraception efficace
- la femme enceinte
- la femme en l'absence d'alternative
thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 647532



6C3C
02 2024

Lot:
Exp:

114632



14
Comprimés Pelliculés
Sécables

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable

Composition :
Un comprimé pelliculé contient
20mg de paroxétine (sous forme
de chlorhydrate de paroxétine
hémihydrate).



AMM MA: 85/12DMF/21/NRG
AMM TN: 5163041

14
Comprimés Pelliculés
Sécables

DEROXAT
Paroxétine
20 mg
Comprimé pelliculé sécable



Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
à l'abri de la lumière.
Titulaire/Exploitant :
Laboratoire GlaxoSmithKline
23, rue François Jacob
92500 Rueil-Malmaison

NIVEAU 2
 Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

6200000
0034759

Voie orale.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
LISTE I - Uniquement sur ordonnance



**DEROXAT +
GROSSESSE =
DANGER**

Ne pas utiliser chez :
- l'adolescente ou la femme en
âge de procréer, et sans
contraception efficace
- la femme enceinte
- la femme en absence d'alternative
thérapeutique

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 647532



6C3C
02 2024

Lot:
Exp:

114632

