

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-693618

*du
cours*

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

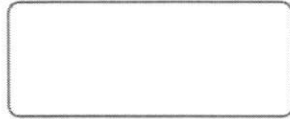
Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

106598

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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° W21-693618

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 :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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 autres 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 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.



Declaration de Mala

N° W21-654126

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04110 Société : pan Courmer

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KHNATI Touria

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22.02.2022

Nom et prénom du malade : KHNATI Touria Age:

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

Nature de la maladie : Maladie 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'avis du médecin conseil de la Mutuelle

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai 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° W21-654126

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
22-02-22	5 + 6G		300DH	INP : 04102282 Docteur BENJELOUN El Mostafa CHIRURGIE des F.A.R. Immeuble 0737

EXECUTION DES ORDONNANCES AGAL

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAICEL Dr. HAKIM MENDI Ex. Dahlia AGADIR Tél: 05 28 23 82 5	22/02/22	624,40
LAMED PARA 847 Rue Yakoub El Mansour Agadir Tél: 05 28 23 13 93	25-02-22	360,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PHARMACIE FAICEL Dr. HAKIM MENDI Ex. Dahlia AGADIR Tél: 05 28 23 82 5	22/02/22					

VOLET ADHERENT

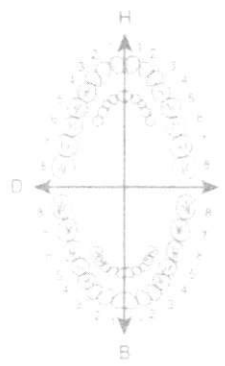
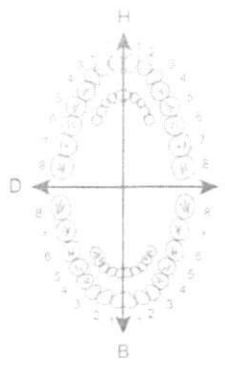
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>0423552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05533412</td> <td>0423552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	05533412	0423552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		05533412	0423552		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H		H																						
	05533412	0423552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	05533412	0423552																							
	B		B																						
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique necessaire a la profession			MONTANTS DES SOINS []																					
				DATE DU DEVIS []																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. BENJELOUN El Mostafa

الدكتور بنجلون المصطفى

Spécialiste des maladies du coeur
des vaisseaux et de la tension artérielle

إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين والضغط الدموي

Lauréat de la faculté de médecine de Paris
Ancien médecin de la polyclinique de la CNSS

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمصلحة الضمان الإجتماعي

ICE: 001657870000003

INPE: 041022807

Agadir, le: 22.02.2022 أكادير

Dr. Klinati Tour

6 x 78,70 (1) Dr. Amour 10 Go (SV)
172,80 14 x 21
8 x 51,30 (2) Ludovine 15 (SV)
102,60 14 x 1
49,60 (3) Deux forte (SV)
624,40 14 B / mois

PHARMACIE FAICEL
Dr. HAKIM MEHDI
Ex. Dakhla AGADIR
Tél: 05 28 72 27 83

de six mois

Docteur BENJELOUN El Mostafa
CARDIOLOGIE
Immeuble Tinmel Av. des FAR
AGADIR - Tél: 05 28 84 37 37

Prochain Rendez-vous: الموعد المقبل:

Imm. Tinmel (près de la mosquée Liban) - Av. des F.A.R. - Agadir - Tél.: 05 28 84 37 37
عمارة تنمل (قرب مسجد لبنان) شارع الجيش الملكي - أكادير - الهاتف: 05 28 84 37 37

Ludiomil® 25 mg

Chlorhydrate de maprotiline

AMDIPHARM

Voie orale

30 comprimés pelliculés

LOT : 0084
EXP : FEV 2026
PPV : 51,30 DH

احتفظ بالعلبة في مكان جاف

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يحفظ فقط مع طبيب - لا تحبب

Composition :

Chlorhydrate de maprotiline 25 mg

Pour un comprimé pelliculé.

Excipients à effet notoire : lactose,

amidon de blé (gluten).

لاحتفظ السوائل ذات مغفول معلوم : الكحول، بنش القمح

لوديوميل® 25 ملغ

كلوريدات الماوبرتيلين

عن طريق الفم

30 قرصا ملبسا

Ludiomil® 25 mg

30 comprimés

pelliculés



6 118000 012726



Ludiomil® 25 mg

Chlorhydrate de maprotiline

AMDIPHARM

Voie orale

30 comprimés pelliculés

LOT : 0084
EXP : FEV 2026
PPV : 51,30 DH

احتفظ بالعلبة في مكان جاف

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يحفظ فقط مع طبيب - لا تحبب

Composition :

Chlorhydrate de maprotiline 25 mg

Pour un comprimé pelliculé.

Excipients à effet notoire : lactose,

amidon de blé (gluten).

لا توجد المواد الحافظة ذات مغفول معلوم : الكحول، بنسبة القمح

لوديوميل® 25 ملغ

كلوريدات الماوبرولين

عن طريق الفم

30 قرصا ملبسا

Ludiomil® 25 mg

30 comprimés

pelliculés



6 118000 012726



2011

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا من الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بوصف وطبقه طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



2011

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا من الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بوصف وطبقه طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



2011

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا من الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بوصف وطبقه طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



2011

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا من الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بوصف وطبقه طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



2011

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا من الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بوصف وطبقه طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



2011

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée



احترسوا من الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة أ: لا يصرّف إلا بوصف وطبقه طبية
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



PPV: 49,60 DH
LOT: 21116
EXP: 09/2024

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



جولياكسيفيتروول 100 000 وحدة بولية
D3 فيتامين

قوي كتر

3 أمولات للشرب

Fabrique par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001320103



Remboursable