

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

- 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° W21-683434

156767

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7288 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELHAID MOUNJI
 Date de naissance : 3.6.1967
 Adresse : RES UHAS PARK NR 26 LEKHEDARA
 SOUALEM BERRECHID
 Tél. : 0661172534 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/1/22
 Nom et prénom du malade : ELHAID MOUNJI 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 : 31/1/22

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
31/01/22			400	INP : 09/10/2022

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMRI... N° 000 000 000 AIR CHOUK - CASABLANCA TEL: 05 22 50 65 10/05 22 21 02 18	31/01/2022	351,80
PHARMACIE GARIN PROJET ANNASSER VICTORIA Ouled Sghen - Bouskoura Mekouj Abdellah - Tél: 06 41 41 41	31/01/2022	200,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires

Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle
Stérilité Masculine

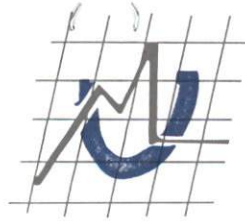
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Chef de Clinique Urologique

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية

زراعة الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم

خريج كلية الطب بمونبولى

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولى

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 31 Janv 2007 : الدار البيضاء في

N° 21 HADR Moujib

41,70

فوسفات 21

21,50

Slavon 1

14,100

Doliprane 1

21,500

Racine 40

53,60

Contiflo 1

T351,80

PHARMACIE CHARM CHEIKH SARL
N° 001 LOTS HAMRA 2 AV. N. OODS
AIN CHOUK - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بورجون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 64 83 / 05 22 27 41 17 - الفاكس : 05 22 20 96 63

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

200,00

Bambettes

Chaine



Pn urine

for

PHARMACIE GARAN
Ppoulet ANIMASR VICTORIA
Culm. Saleh - Bouskoura
Dr. Elhadj Kaddaziz - Tél: 0661 477 488

(pH \geq 8)



Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
24 Rue El Alioussi Bourgoane - CASA
Tél: 06 22 27 41 17 / 20 64 8



Raciper[®]
Esomeprazole magnésium

1/05 p. day.

Lot No: PTC2464A

EXP.: 03/2023



40 mg

**28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale**


SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.
Fabrique par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
IND



CODE No:
MFDUGS252483

Médicament Autorisé N°: 21214 DMP21NMP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Lise I)

كونتفلو

كلوريد تامسولوسين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 10 gélules à libération prolongée

Voie orale



10 غلوسلات

ذات تحرير ممتد

عن طريق الفم

0.4 ملغ

GTIN: 16118001300546
Lot: DFC1842A
EXP: 05/2023
S.N: BM6PMSVENKN



Composition :

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) 0.4 mg.

Excipient à effet notoire : Jaune orangé S (E110),

rouge cochineille A (E124), azorubine (E122).

Indications, contre-indications, posologie et précautions

d'emploi. Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

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

0.4 ملغ

كلوريد تامسولوسين (ذ.م.م)

الاصفر البرتقالي (E110)،

الاحمر القرمزي (E124)، الازوربين (E122).

الاعراض، الموانع، الجرعة وطريقة استعمال

الادوية. اقرأ النشرة الداخلية

مع الاحتفاظ بها بعيدا عن متناول وعين الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

01/2016-D

CONTIFLO® OD



PPV: 53DH60

CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine

10 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

10 Gélules à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg



5127668

08
ATFAH



21/11/14

Profenid® 100mg
Kétoprofène



احترم القواعد المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A conserver à une température
inférieure ou égale à 25°C.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

Profenid® 100mg

12 Suppositoires



6 1 1 8 0 0 0 3 3 0 2 2 6



30 comprimés enrobés

Spaston®



AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال

des enfants

Tenir hors de la portée et de la vue

27,50



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL

PPV: 14DH00

PER: 11/24

LOT: K3206



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a.
02, Allée des Casuarinas - Ain Sebsa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

