

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0052914

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7062 Société : 107470
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAAD Rivian
Date de naissance : 10-11-1957
Adresse : IMM 30 APT 47 Agadir
Tél. : 0670156862 Total des frais engagés : #428,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 10/01/22
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Infection COVID-19
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 : AGADIR

Le : 10/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr SALEHDDINE Zineb
Médecin Interne
CHU Agadir

ORDONNANCE

Fait le 10/01/22

Mme HAAD MIRIAM

L 79,70 x 2

1) Zithromax 500 mg cp (2500) →

56,30 1 cp/j 10j

2) D-Cure 25000 UF

20000 cap 18j 10j

3) Fehes sachet adulte

40,90 1s x 3 (j) 10j

4) Elmastin 45 mg cp

82,10 2 cp/j 10j

5) Imesium 20 mg

26,50 2 cp 6j 10j

6) Vit C 1000 UF

1 cp x 2 (j) 10j

PHARMACIE BAYT
M1, B18 Résid. Bayti Hay
Mohamadi - AGADIR
05 28 22 51 51

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A05D
EXP: 01/2023

SYNTHEMEDIC
22 rue soussier brou al ouarn roches
noires casablanca
INEXIUM

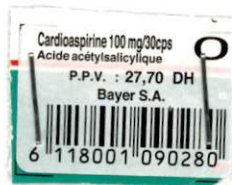
20 mg Cpr GR
Boîte 14

6407SDWP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

- 18,30
7) Polime 500 → gel 2770 2gels + 311 nst 10;
8) Cardioaspirine 100 → gel 7011 nst 1 nst 13

428,20

Dr SALEHDDINE Zineb
Médecin Interne
CHU - Agadir



Rm
(2-05)

Composition :

Acide ascorbique1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 20 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents



P.P.V. : 26,50 DH



AMM N° : 18/570DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

ضعف الحيوية - النقاة

فيتامين س 1000 ملغ
ثمالينكا

عن طريق الفم



نكهة البرتقال

Lot: J 3361



قرصا
فوارا
Fab: 10/21 Per: 10/24

20



زيتروماكس

أزيتروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. :

2

P.P.V.

79 70

LOT N° :

1301 57

79,70

09366030/4

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX[®] 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. :

2

P.P.V.

79 70

LOT N° :

1301 57

79,70

09366030/4

FALORFEX[®]

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed

Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre
Voie Orale

PHARMED LOT : 3886
UT.AV : 10-24
PPV : 20DH00

Doliprane®

PARACETAMOL 500mg

Doliprane®
PARACETAMOL 500 mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES



à partir de 27 kg

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebdja - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

15,30

P P V 1 5 9 H 3 0

P E R 0 6 / 2 4

L O T 8 1 5 4 8 - 2

PHARMACIE BAYTI

M1B18 HAY MOHAMMADI
AGADIR

CNSS :9168627 R.C :58266 PATENTE N°:49276041 I.F :78519640 TEL :05.28.23.51.51 FAX :0

ICE:000506222000082

AGADIR

Le:02/02/2022

FACTURE.....N°:1

Nom & Prénom :MAAD MIRIAM

! QUANTITE!	DESIGNATION	! P.P.M. !	MONTANT !
! 2	!ZITHROMAX 500MG/3	! 79.70!	159.40!
! 1	!D-CURE 25000 UI/4 AMPOULE	! 56.30!	56.30!
! 1	!FEBREX AD S/S	! 20.00!	20.00!
! 1	!ZINASKIN	! 40.90!	40.90!
! 1	!INEXIUM 20MG/14	! 82.10!	82.10!
! 1	!VITA C 1G/GALENICA/GM	! 26.50!	26.50!
! 1	!DOLIPRANE GELULE	! 15.30!	15.30!
! 1	!CARDIO ASPIRINE 100MG/30	! 27.70!	27.70!

TOTAL : 428.20
MT NET : 428.20

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:
QUATRE CENT VINGT HUIT Dirhams 20 Centimes

PHARMACIE BAYTI
M1B18 HAY MOHAMMADI - AGADIR
Tel: 05 28 23 51 51