

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-666402

complet

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4184 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HASSOUNI Khaman

Date de naissance : 21/5/1936

Adresse : 25R de Lyéne Agadir

Tel : 066128010

Total des frais engagés : 640,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue
Rue Mauritania - Marrakech
Tel : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 03

Date de consultation : 15/11/2021

Nom et prénom du malade : Hassouni Zahra Age :

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

Nature de la maladie : Hypertension Artérielle

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 : 15/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-666402

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 : 4184

Nom de l'adhérent(e) : Hassouni


Total des frais engagés : 640,90

Date de dépôt :

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
16.11.05	CS	KLS	300,00	Dr. Abdeljalil BAROUDI Cardiologue Rue Mauritania Marrakech Tél : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83
20.11.05	ECC			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/05	Dr. Mohammed ESSAWAB Pharmacien Rue Mohammed VI Marrakech Tél : 05 24 32 20 02

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	

VOLET ADHERENT

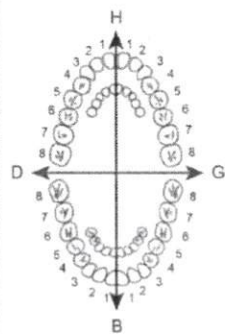
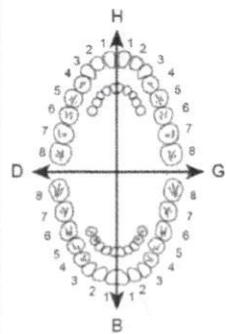
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرابين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

☎ 05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp : 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

E.C.G, HOLTER-E.C.G
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
HOLTER TENSIONNEL

Marrakech le 16.14.2021

N° : E.44.07

Mme Zahra SABRI épouse HASSOUNI

Conseils et recommandations : régime peu salé.

8537e
DEROXAT 20
un demi comp le soir

131150
TAREG 80
un comp le matin avant le petit déjeuner

69.40
AMLOR 5 ou AMEP 5
un comp le matin avant le petit déjeuner.

26.02
SINTROM
selon le taux d'INR

Contrôle impératif tous les mois du Taux de Prothrombine - INR.

Ordonnance renouvelable jusqu'au prochain contrôle dans **trois** mois.

56.30
340.00
D - CURE : 25 000 u
une ampoule buvable par un mois sans interruption.

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue

Rue Mauritanie Marrakech

Tel : 05 24 43 02 86 / 05 24 43 11 83

ICE : 001590568000056

زنقة موريطنيا - جليز مراكش - 40 000 - Marrakech - Guéliz - Rue Mauritanie

PHARMACIE OUED LAMMAM
DR. MOHAMMED ESSAMIA
Km 16, Route de Marrakech - Tél. : 05 24 32 28 02
Marrakech - 40000

DEROXAT

Paroxétine
Comprimé pelliculé sécable **20 mg**

Composition :

Un comprimé pelliculé contient
20mg de paroxétine (sous forme
de chlorhydrate de paroxétine
hémihydraté).



Lot:
Exp:

GC3C
02 2024

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:83,70 DH
118001140237
ID:647532

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
- sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

TAREG® 80 mg

Comprimés pelliculés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale

TAREG® 80 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

اخترموا المقدار الموصوفه

لا تتركه | يصرف فقط بموجب وصفه طبيه

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
au Maroc: صاحب الرخصة
Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaoui.
Q.I Ain Sebâa 20590 Casablanca -Maroc.
Fabricant: يصنع من طرف
Novartis Pharma Stein AG,
Schaffhauserstrasse CH-4332 Stein - Suisse
Novartis Farmaceutica SA. Ronda de Santa Maria,
Barbera del Vallès Barcelona, Espagne



6118001030316

TAREG 80 mg ○

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH



EXP
LOT

1109371-
A19-MA

01 2023
BPP28

1752



351308
11/18

PPV :
Exp :
N° Lot :

20100

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم[®] 4 ملغ
أسينو كوما رول

Sintrom[®] 4 mg ○
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE
pharmaceuticals
Sintrom[®] est une
marque déposée.
propriété des Laboratoires
Juvisé Pharmaceuticals

Medius AG
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC
20 - 22, Rue Zoubeir bnou EL Aouam
Roches Noires
20300 - Casablanca

10 أقراص من فئة 4 ملغ
عن طريق الفم

49,40

مدة 4
صباح
زوال
مساء

28 x

قرصا

5 ملغ
عن طريق الفم

أميب
أملوديبين

AMEP® 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

COOPER
PHARMA

AMEP®
amlopidine
Comprimés/Tablets/ قرصا 28x

Liste 1/List 1 (Tableau A /Table A)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة
Under Prescription Only
Uniquement Sur Ordonnance



CE MEDICAMENT + GROSSESSE
= DANGER
THIS MEDICINE + PREGNANCY
= DANGER
If you think or plan to be pregnant, you must tell your doctor before taking this medicine

Avant toute utilisation lire attentivement la notice /
Read carefully the patient information leaflet before use.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants /
Keep out of the reach and sight of children.
AMEP is a trade mark
أمية علامة تجارية
لا يترك في متناول أو برؤية الأطفال

Soyez prudent
Ne pas conduire sans
avoir lu la notice
Be careful
Don't drive without
reading the patient
leaflet
NIVEAU 1
LEVEL 1
AMM N°11777/18

الدكتور عبد الجليل البارودي

اختصاصي مجاز في أمراض القلب والشرايين

Dr Abdeljalil EL BAROUDI

Cardiologue

☎ 05 24 43.02.86 / 05 24 43.11.83

Whatsapp : 06 66 41 66 16

INPE : 071048284

E.C.G, HOLTER-E.C.G
ECHO-DOPPLER CARDIAQUE
HOLTER TENSIONNEL

Note d'honoraires :

Je soussigné Dr Abdeljalil EL BAROUDI, certifie avoir examiné ce jour à mon cabinet Mme Zohra HASSOUNI, avoir pratiqué un électrocardiogramme (ECG : K6.5) 12 dérivations et avoir perçu pour honoraires la somme de trois cents (300DH).

Marrakech le 16.11.2021

Dr. Abdeljalil EL BAROUDI
Cardiologue
Rue Mauritania - Marrakech
Tél. 05 24 43 02 86/05 24 43 11 83

37

ICE : 001590568000056

زنقة موريطانيا - جليز مراكش - 40 000 - Rue Mauritania - Guéliz, Marrakech