

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 ambulatoire.
- 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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-541553

par comier
117614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2408 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUABDELLAH churfa
 Date de naissance : 3/19/49
 Adresse : 24, rue cheikhane oujda
 Tél. : 0666120542 Total des frais engagés : 520,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2022
 Nom et prénom du malade : Bouabdellah churfa Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : hypertension D 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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 26/04/2022



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
26/11/11	CS		8	INP : 081120110148

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/11	5.206,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

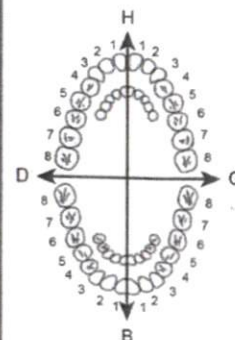
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

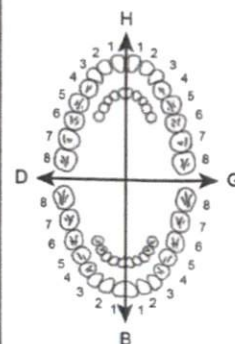
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
DELEGATION PROVINCIALE
JERADA



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المنشوية الإقليمية
جريدة

Date : 26 / 04 / 22

Nom Prenom : Bouabdellah chrifa

ORDONNANCE

① Esac 20mg
1 p b vir. pch 3 mois

② ALPERIDE 60mg
1 - 0 - 1 (ch 14 j)
0 - 0 - 1 (ch 14 j)
Amik

③ Curatoc 10mg
0 - 0 - 1 (ch 28 j)

④ D3 NOEM 200
1 pch 15 j ch 3 mois

⑤ Toposyne gel
1 pch 2 j net 10 j

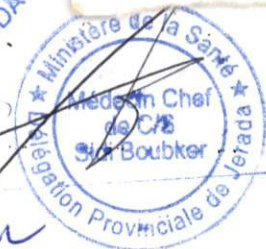
⑥ Magnesium
URR di 1 mois

FMM73 0224
LOT PER
Prix **55.00**
+ VITAMINES D6, D2
15 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
ARÔME ORANGE SANGUINE
SANS GLUTEN

59,50

TOPSYNE GEL
FLUOCINONIDE
25,50

Dr M. MEHDAOUI
Pharmacie OMAR IBNE EL KHATTAB
Rue Omar Ibn El Khattab
Tél. 05 36 68 76 75 - OUJDA



081201048
5206-

Manef
FMM73 0224
LOT PER
Prix 55.00
15 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS
ARÔME ORANGE SANGUINE
SANS GLUTEN

ORM
200 UI GOUTTES BUVALES

8 051128 634501
Lot: 210729
A consommer
avant le: 09/2024
PPC : 89,50 DH

Curtec®

Cétirizine

10 mg

PPV: 45DH80

PER: 02725

LOT: L128



COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate
Excipientsq.s.p. 1 comprimé

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



Curtec®

Cétirizine

10 mg

PPV: 45DH80

PER: 02725

LOT: L128



COMPOSITION :

Cétirizine (DCI) Dichlorhydrate
Excipientsq.s.p. 1 comprimé

FORME PHARMACEUTIQUE

Comprimé pelliculé sécable.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie orale.

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE

Antihistaminique H1.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est un antihistaminique. (Il s'oppose aux effets de certaines substances telles que l'histamine libérées dans l'organisme au cours de l'allergie).

Il est préconisé :

Chez l'adulte pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire,
- des conjonctivites d'origine allergique.

Chez l'enfant de 6 à 12 ans pour traiter les symptômes :

- de la rhinite allergique saisonnière (ex. rhume des foins) ou perannuelle,
- de l'urticaire.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT ?

Adulte et enfant de plus de 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 prise, soit 1 comprimé 1 fois par jour.

Enfant de 6 à 12 ans : 10 mg par 24 heures en 1 ou 2 prises, soit 1 comprimé 1 fois par jour ou ½ comprimé 2 fois par jour.

DANS TOUS LES CAS SE CONFORMER STRICTEMENT A L'ORDONNANCE DE VOTRE MEDECIN.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- Si vous êtes allergique à l'un des composants de CURTEC, à l'hydroxyzine, à la lévocétirizine ou à l'éthylène diamine,
- Insuffisance rénale,
- Chez l'enfant de moins de 6 ans.



Voie on



PER 04/23
PPV 144DH50

144,50



Voie on



PER 04/23
PPV 144DH50

144,50

