

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 radiologie doit 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° W21-636074

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 13 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-636074

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 :

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 (t.g.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
3 AVR. 2022	C	1	100 M	

[illegible][illegible][illegible]

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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			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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

13 AVR. 2022

Le: 13 AVR. 2022

الدكتور عبد الإله بوزوباع
Dr. Abdellilah BOUZOUBAA
MEDECINE GENERALE الطب العام
خبير محلف لدى المحاكم
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux
N°27 Amal 4, Av. Al Massira CYM-RABAT
Tél: 05 37 79 83 45

Ch. JANATI Stf

43,50 2. Forlax (b)

99,00 2) Luxifer (b)

158,60 3. Drobiaide (b)

19,40 4) Nozate 7,5 (b)

350,50

PHARMACIE LES ALMOHADES
Dr. ELIBRAHIM Ouafa
5, Rue Zougra, Hassan-Rabat
Tél: 05 37 70 70 01

الدكتور عبد الإله بوزوباع
Dr. Abdellilah BOUZOUBAA
MEDECINE GENERALE الطب العام
خبير محلف لدى المحاكم
Expert Assermenté Auprès des Tribunaux
N°27 Amal 4, Av. Al Massira CYM-RABAT
Tél: 05 37 79 83 45

PROBIOTICSLIDER

Composition :

100 mg de Mélange Probiotique :

Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium longum, Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium lactis, fructo-oligosaccharides (FOS),

1000 mg de Fibre Prébiotique (Inuline),

15 mg de Lactoferrine, 5ug de Vitamine D3 (Cholécalciférol).

Stéarate de magnésium et Maltodextrine,

Fructose, Arôme de yogourt.

Présentation:

14 sachets de 3,5 g

Poids net:

49 g aprox.

PROBIOTICSLIDER 14 SACHETS

LOT : T001

PER : 04/2024

PRIX : 158.60 DH

Numéro de lot et consommer de préférence

avant fin : voir l'emballage

T001 D4/2024

N° DR20201711395DMF/2DUCA/MR02

Importé et distribué par PEGASUS PHARMA

Direction Marketing et Commerciale

TANGER

Tél : 0539 94 41 51

Email: pegasuspharma@outlook.com

Posologie:

1 sachet par jour.

Mode d'emploi:

Diluer un sachet dans un verre d'eau (150 ml). Prendre avant les repas.

Indication :

Grâce à l'association du probiotique/prébiotique contribuent à le rééquilibrer de la flore intestinale et renforce le système immunitaire.

Avertissements:

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée sans avis du médecin.

Maintenir hors de la portée des enfants, compléments alimentaires, ce n'est pas un médicament.

Non recommandé pour les enfants.

Ingrédients	1 sachet
Vitamine D3	5 ug




PEGASUS
PHARMA

Nordaz[®]

7,5 mg

nordazépam

Comprimés sécables

Nordazépam (DCI) 7,5 mg
Excipients (dont lactose et amidon de blé) q.s.p. 1 comprimé sécable

Tube contenant 30 comprimés soit 225 mg de nordazépam.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.



پروموفارم
PROMOPHARM S.A.

Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc
SIL BOUCHARA-RECORDATI

Nordaz[®]
7,5 mg
nordazépam

نورداز
7,5 مغ
نوردازيبام

أقراص قابلة للكسر

Nordaz[®] 7,5 mg

Comprimés sécables
PROMOPHARM S.A.



19,40

forlax[®] 10g

Macrologol 4000

**SYMPTOMATIC
TREATMENT OF
CONSTIPATION**

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT



Child aged 8 years and over
Adult

maphar



Boulevard Akkma n°6
Quartier industriel Sidi Belmoussi Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73 50 DH



6118001181193

LOT : U08531

Exp : 04/2024

FORTÉ PHARMA
LABORATOIRES

LIXIFOR



> ACTIFS 100%
D'ORIGINE
NATURELLE

**1 SEULE GÉLULE
PAR JOUR**



15 gélules - Sans gluten

Complément alimentaire



Lot/À consommer
de préférence

REF. 317MA

X1017 0425

LOT

PER

Prix

99.00



3 700221 339503