

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0005784

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5306 Société : 13943A
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENZAHRA HALIMA
 Date de naissance :
 Adresse : 22 rue A. Ben Abdellah - CASABLANCA
 Tél : 06669129 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/9/2022
 Nom et prénom du malade : BENZAHRA Halima Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : SD Sympiel + Rhume Allergique + toux sèche
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AIA-215 / 2019

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

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
15/9/22	G	-	150 DH	Dr. B. S. 09 120 1954

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Chirurgien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BARTAL FATIMA 09 120 1954	15/9/22	464,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</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

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)

والأمراض التناسلية - السيدا

اختصاصية في التنظير المهبلي و أمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le 08/02/2022

BEN ZAHRA

79, 70 x 2

Zithromex 500 (2)

1 p la x 06 j

Colipred 20

3 p le metti x 07 j

Oxycort

2 bouffes x 08 j

Atopix

1 p le x 01 j

AKIN DEX 100

1 ca x 3 j

Biprofenib 100

1 p la x 10 j

ESAE 20

1 p le metti

Casablanca - Tél : 0522 25 22 09
Rue Sociale - Madinat
Pharmacie Achraf
Madame BARTAL FATIMA

20 comprimés
effervescent
sécables

20 mg

(météasulfobenzate sodique)

prednisolone

Cotipred®

كوتبرد®

بردنزلون

(ميتاسلفوبنزوات صوديكا)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métasulfobenzate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
métasulfobenzate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 12/24

LOT : K3427

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

20 comprimés
effervescent
séables

20 mg

(méta-sulfobenzate sodique)

prednisolone

Cotipred®

كوتبرد®

بردنزلون

(ميتا سلفوبنزوات صوديكا)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de méta-sulfobenzate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent séable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
méta-sulfobenzate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 12/24

LOT : K3427

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 0 2 3

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : F W 5 7 1 3

09366030/4



زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX[®] 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 1 2 2 0 2 3

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : F W 5 7 1 3

09366030/4



يحفظ في درجة حرارة أقل أو تعادل 30 درجة مئوية.

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.

يحفظ بعيداً عن مرمى ومناول الأطفال.

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

اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول C

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU C

احترم الجرعات الموصى بها
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Bi-Profenid LP 100 mg

06,90



TOUX SÈCHE

AKINDEX



AKINDEX



SIROP ADULTES

LOT : 22025
PER : 02/2025
PPV : 31,50 DH

EN CAS DE DOUTE,
VEUILLEZ CONSULTER VOTRE PHARMACIEN.

PROMOPLUS
PHARMA



Antitussif et
apaisant
Réduit
l'enrouement
Soulage la
difficulté
d'avaler

Toux sèche et
mal de gorge

GOUT MIEL

OROXYL®

Dispositif médical CE

OROXYL®

Promoplus Pharma

PPC = 79,00 DH

10 ملغ

(م)

أطوبيكس

ديكلورهيدرات الستيريدين

30 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

ATOPIX 10 mg

30 comprimés pelliculés



84,50

PPV :

LOT :

PER :

ESAC[®]

ésoméprazole

20

mg

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



821 10
10 21 10
R 06 / 23
V 21 DH 10

