

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0056262

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : 142650

☐ 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 : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056262

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) :

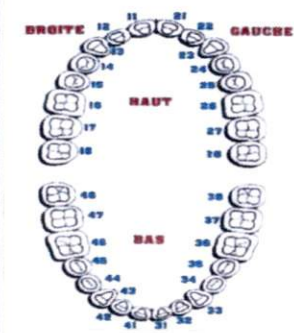
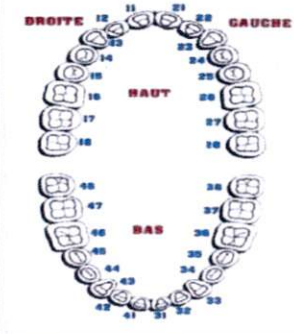
Total des frais engagés :

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

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom : IDRISSI MBARK		Téléphone : 06.68.32.01.14			
Fonction : retraité		Matricule : 3189		Mail :	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : ABALAGH AOUIACH		Age : 01/01/1963		Date de la première visite :	
Nature de la maladie : HDA, Colicite, st sympôme		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes : 16.12.2022		Nature des actes : C		Nombre de Coefficient : 80DH	
INP: 041194655					
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates : 16/12/22		Montant de la facture : 647,7			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates :		Désignation des Coefficients :		Montant détaillé des Honoraires :	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates :		Nombre :			
		AM PC IM IV			
		Montant détaillé des Honoraires :			

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. 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"/> Montant des soins : <input type="text"/> Début d'exécution : <input type="text"/> Fin d'exécution : <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</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	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> Montant des soins : <input type="text"/> Date du devis : <input type="text"/> Fin de l'exécution : <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
VOLET ADHERENT																
NOM du Patient :			DECLARATION N° : W													
MATRICULE N° :			Nbre de pièces Jointes :													
Date de Dépôt :			Montant engagé :													
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois													

الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le: 16/12/2021 : سبيدي إفني، في:

Mr, Mme, Melle : Koukoule AONIA

759- $\times 3$
 1/1
 = 2397
 120
 2/1
 = 40
 1 suppl
 Deligapre 1000 (20 bts)
 1 btl $\times 31$
 3/1
 Deligapre 1000
 1 btl $\times 31$
 5/1
 Vexigip Tetra
 1 inj $\times 27$ Delhorte
 1 btl $\times 31$
 6/1
 Le:

Pharmacie EL OUAFA
 Dr. Driss BENHAMMED
 Tél : 06 28 87 66 96
 Av. CAIRE - Siciliani
 INP : 042074161
 ICE : 001231294000066

Pharmacie EL OUAFA
 Dr. Driss BENHAMMED
 Tél : 06 28 87 66 96
 Av. CAIRE - Siciliani
 INP : 042074161
 ICE : 001231294000066

Dr. Abdelaziz BENHAMMED
 Diabétologie Endocrinologie
 Tél : 06 28 87 59 96
 Av. CAIRE - Siciliani
 INP : 042074161
 ICE : 001231294000066

Dr. Abdelaziz BENHAMMED
 Diabétologie Endocrinologie
 Tél : 06 28 87 59 96
 Av. CAIRE - Siciliani
 INP : 042074161
 ICE : 001231294000066

PPV:20DH00
PER:09/25
LOT:L3024

9

بوتلی شام
82. بر الکالیزیناس - عین السبع - الدار البيضاء
س. البلیطی - مسقطی

عن طریق الفم



الكم



وخرجوا في الأضواء

الاستس

يك

بلا

بازمیتاتول - فیتاتین - مالتین - فیتاتین

نیت کر دو

PPV:20DH00
PER:09/25
LOT:L3024

9

بوتلی شام
82. بر الکالیزیناس - عین السبع - الدار البيضاء
مسؤول مسئول
من المنظمة

عن طريق الفم



الكم



وخرجوا في الصباح

استأجر

بكم

بكم

بأمر من وزارة الصحة - مراكش - مراكش

دواء
ميتا

Chlorure de sodium, phosphate disodique dihydrate, phosphate monopotassique, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.
Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
À conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler.
Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.
Indiqué dans la prévention de la grippe.

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247

PC/GTIN: 03664798003390

MANUF:

22052022

Lot:

W3D901V

EXP:

04-2023



SN: 136D3K12VHF0EP

* Virus de la grippe (inactif, fragmenté) des souches suivantes :

A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09 - souche analogue
A/Darwin/9/2021 (H3N2) - souche analogue
B/Austria/1359417/2021 - souche analogue
B/Phuket/3073/2013 - souche analogue

15 microgrammes d'hémagglutinine par souche pour une dose de 0,5 ml
* cultivées sur œufs

VaxigripTetra®

Suspension injectable en seringue préremplie
Suspension for injection in pre-filled syringe

Vaccin gripal quadrivalent (inactif, à virion fragmenté)
Quadrivalent influenza vaccine (split virion, inactivated)

1 seringue préremplie (0,5 ml) avec aiguille attachée
1 pre-filled syringe (0.5 ml) with attached needle

Voie intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC)
Intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use

Saison/Season
2022/2023



TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرّف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:04 2025

LOT :22E001V

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرّف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:04 2025

LOT :22E001V

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرّف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:04 2025

LOT :22E001V

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



Maphar


Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

احترموا القادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg 
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Immn. ZEVACO, lot FAITH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

bottu s.a.

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

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00
PER: 09/25
LOT: L2928



 NOVARTIS

Voltaire®

100 mg

Diclofénac sodium

Pour adultes

Antirhumatismal, Anti-inflammatoire



10 suppositoires
100 mg



Voie rectale

LOT: M21165
EXP: OCT 2024
PPV: 52,00 DH