

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W21-696514

147379

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7052 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : MAAD Mounia

Date de naissance : 10-11-1957

Adresse : .....

Tél. : 0670156862 Total des frais engagés : 441,800 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL-ALAOUI EL ABIDI ALI  
Service de Cardiologie  
C.H.U. Souss - Massa - AGADIR  
INPE: 041278250

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : .....

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

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 : 31/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
				INP : <b>Dr EL-ALAOU EL ABIDI ALI</b> Service de Cardiologie C.H.U. Souss - Massa - AGADIR INPE: 041278250

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>ARMACIE ZINEB</b> Résidence bayti sakan C Er Rachidia hay Mohammedi Agadir Tél: 05 28 23 10 44	20/12/22	441,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

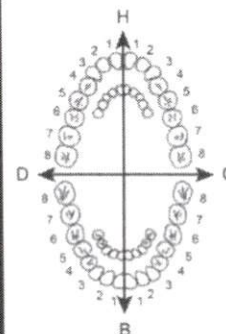
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

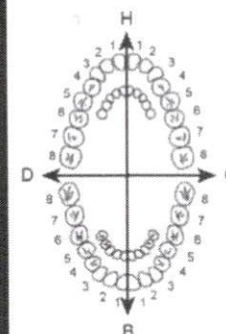
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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



Délégation Agadir Ida Outanane  
Centre Hospitalier Régional d'Agadir  
Hassan II

## ORDONNANCE

MIAD Meryem

RELAXOL 500MG/2MG  
CP 820  
LOT: 220003  
P.P.V.: 330H10  
PER: 01/2025  
6 118000 060833

53.10

1) Relaxol 100mg 1cp/1

49.60

2) D. urt 100.000 Dan / 38

123.60

3) Inedun 40mg 1cp/1

188.00

27.50

4) prasclon 200mg 1cp/1

5) spason 80mg 1cp x 3/1

صيدلية زينب  
Résidence Jaytil sakan C  
av Errechide hay Mohammadi  
Agadir  
Tél: 05 28 23 10 44  
PHARM ZINEB

T = 444.80

Agadir le

20/12/2022

042075028

Nom et Signature de Médecin  
Dr EL ALAOUI EL ABIDI ALI  
Service de Cardiologie  
C.H.U. Souss - Massa - AGADIR  
INPE: 041278250



PHARMACIE ZINEB  
HAY MOHAMMADI  
RESIDANCE BAYTI C  
TELE:0528231044

AGADIR LE:20/12/22

FACTURE N°45/2022

Mme MAAD MIRIAM

QNT	DESIGNATION	P.U	TOTAL
1	relaxol cp	53,10	53,10
1	D cure 100000	49,60	49,60
1	inexium 40mg	123,60	123,60
1	piasclidine 300mg	188,00	188,00
1	spasfon 80mg	27,50	27,50
total ttc			441,80

cette présente facture est arretée à la somme de :

quatre cent quarante et un dirhames et 80 cts

Residence baytil saka  
av Errachidia hay Moha  
Agadir  
Tel : 05 28 23 10 44  
PHARMACIE ZINEB

PHARMACIE ZINEB HAY MOHAMMADI  
N°PATENTE : 49277550

TELE: 05.28.23.10.44

ICE: 00 16 10005 000027

N°D'IDENTIFICATION FISCALE: 15 186 101

RIB:101 010 21211 8832256 00007 43

  
**Inexium®**  
ésoméprazole

**40 mg**

**40 مغ**

**إينكسيوم®**

إزوميبرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zeubeir bnou al ouam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/SDMP/21NRQ

P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

**14**

**comprimés**

**gastro-**

**résistants**

**Par voie orale**

**14**

**قرص صامد**

**لحموضة المعدة**

**عن طريق الفم**

AstraZeneca 

FAB. DEC-19

EXP. NOV-22

LOT ZMSS

AstraZeneca



مبلغ 300,00	مبلغ 100,00	مبلغ 200,00	كمية كافية لكبسولة واحدة
مبلغ 300,00	مبلغ 100,00	مبلغ 200,00	كمية كافية لكبسولة واحدة
مبلغ 300,00	مبلغ 100,00	مبلغ 200,00	كمية كافية لكبسولة واحدة
مبلغ 300,00	مبلغ 100,00	مبلغ 200,00	كمية كافية لكبسولة واحدة

## Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

## Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules.

LOT K453  
FAB 12/2021  
EXP 12/2024

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS  
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

## التعليمات العلاجية:

يوصف هذا الدواء كعلاج للأعراض (ألم و انزعاج وظيفي) بتأثير متأخر للاعتلال المفصلي للورك والركبة.  
يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة من بعض أمراض اللثة.

## طريقة وأسلوب تناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.  
1 كبسولة في اليوم خلال تناول وجبة طعام.  
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.  
علبة من 30 كبسولة.

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية  
فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



121

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H01  
EXP: 08/2025

MCP220MA003118  
09/08/2018

3 ampoules buvables

(103X44X26)mm

30 COMPRIMES ENROBES  
30 قرص ملبس

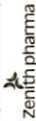
**S**

**pasfon®**

phloroglucinol 80 mg / trimethylphloroglucinol 80 mg



fabriqué sous licence par :



96, Zone industrielle Tassila Inezgane - Agadir - Maroc.  
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.

CS0096-05

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants  
يحفظ بعيدا عن متناول ونظر الأطفال.  
AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

05172



Spaston®  
30 comprimés enrobés

6 118000 330226