

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 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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 54859

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05140 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BARRANE HAMID

Date de naissance : 31/05/1963

Adresse : 27 Rue BAHAA BENJAMIN APT 1 Etg 1 (Marrakech)

Tél. : 0709873904 Total des frais engagés : 180 + 953,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/01/23

Nom et prénom du malade : BARRANE HAMID

Age : 59

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Prise d'aspirine (Hospitalisation clinique BARRANE)

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 : 28/01/23


Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/01/23	253,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

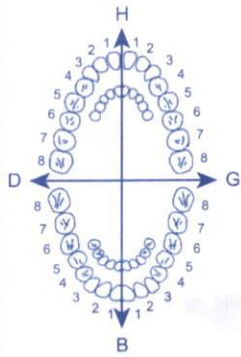
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DE 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



INPE : 090002445

REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE / CHIRURGIE VISCERALE / COELIO CHIRURGIE
NEURO-CHIRURGIE / CHIRURGIE VASCULAIRE / CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE - LITHO TRYPSIE / CHIRURGIE OTO-RHINO - LARYNGOLOGIQUE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE / CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE
CHIRURGIE PLASTIQUE-REPARATRICE

DOCTEUR:

CASABLANCA Le :

28/07/23

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 6

M. Benene Hamid.

40,00

1. Effipred 20mg.

3x le matin et 3x le soir

jus 2x

puis Arrêt

248,00
x2

2. Sucralose

1 Buffer

9 mg
soir

45,30
x3

3. Ventelin 1mg

URGENTES 24/24

2 buffe d'ce demande n'y en restera

88,00
41

curtee



1 cp. 6 an x 1 mois

163,40

⑤ 1 Mono Zeder



1 cp d'ce an x 27 j

15,30 x 2

⑥ 1 vit 1000



1 cp. 6 unit x 12 j

41 oed 20 j

7 j el aut cps x 27 j

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 06/2025
LOT 280311

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 06/2025
LOT 280311

1 = 953,50

PARAPHARMACIE
ROUTE D'AL-ANDAL
240, Bd Bouhassan Roudani
Casablanca
Tél: 05 22 99 57 46

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

ID:649929

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:248,00 DH



6

118001141104

250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

proportionate de fluticasone / Diskus
salmétérol

SERETIDE

250

microgrammes
/50 microgrammes par dose

SERETIDE

proportionate de fluticasone / Diskus
salmétérol



pour inhalation en récipient undosedose
SYSTÈME NON RECHARGEABLE



Voie inhalée



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

ID:649929

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV:248,00 DH



6

118001141104

250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

proportionate de fluticasone / Diskus
salmétérol

SERETIDE

250

microgrammes
/50 microgrammes par dose

SERETIDE

proportionate de fluticasone / Diskus
salmétérol



pour inhalation en récipient undosedose
SYSTÈME NON RECHARGEABLE





PPV:88DH00

PER:06/25

LOT:L2120

Curtec®
Cétirizine
10 mg

1 el Soir
1 fois

Voie orale



30 comprimés sécables

b

bottu S.A.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Curtec® 10 mg
Cétirizine





MONOZECLAR®

500 mg Clarithromycine

10 comprimés pelliculés à libération modifiée

مونوزيكلار

كلاريثروميسين 500 ملغ

10 أقراص مغلفة ذات تحرير معتدل



Abbott

Titulaire de l'AMM au Maroc /

مالك ترخيص التسويق في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel

Zenata-Ain Sebaâ

MAROC

Fabricant / المصنع

Abbvie SRL

Strada Regionale 148 pontina KM 52 SNC,

Campoverde, Aprilia (LT)

I-04011, Italy No. 00M299

.....Comprimé(s) par jour en 1 prise pendant.....jours

Traitement débuté le.....

..... قرص (أقراص) في اليوم للتناول دفعة واحدة خلال أيام.

بدا العلاج بتاريخ

MONOZECLAR® 500mg

Boite de 10 COM PEL

P.P.V : 163,40 DH



6 118001 183838

Maphar

Km 10, route côtière 111

QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca

Maroc

Lot:
Fab:
Exp:

1157717

08-2021

07-2024

حصنة رقم:
صنع في:
صالح إلى:





Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

R
n
sup
Ne
mê

Lot
EXP
PPV

5 X 7 ~~5~~ A
05 2024
45,30 DH

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

