

# 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- 0059028

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : 267276

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRISSI NBARK

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 M22-0059028

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 :

## Adresses Mails utiles


- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

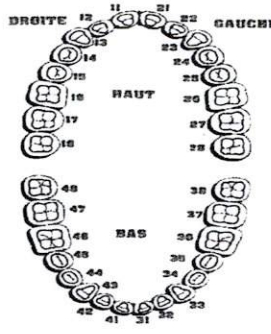
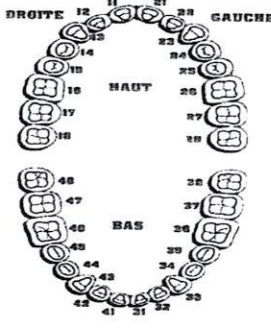
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**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



*com*

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		<b>FEUILLE DE SOIN N°</b>	<b>DATE DE DEPOT</b>	
<b>W</b>				
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>				
NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14	
Fonction	Matricule	Mail		
retraité	3189			
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT</b>				
NOM & Prénom du patient :	IDRISSI SOUMAYA	Age	28 / 06 / 2003	
Nature de la maladie.	Date de la première visite : 14/06/2013			
	Adhèrent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input checked="" type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
<b>RELEVÉ DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN</b>				
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	
14.06.2013	1	C	10900	
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>				
Dates	Montant de la facture			
14/06/2013	207,10			
<b>ANALYSES RADIOGRAPHIQUES</b>				
Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				
Dates	Nombre			
	AM	PC	IM	IV
	Montant détaillé des Honoraires			

<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>																			
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"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B					<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin de l'exécution</b> <input type="text"/>
	H	G																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
35533411	11433553																		
B																			
(Création, Remont, adjonction)																			
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																			
Le patient a été informé et a signé la présente feuille adhésive.																			
<b>VOLET ADHERENT</b>																			
NOM du Patient :			DECLARATION N°																
			<b>W</b>																
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>																

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale  
Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13  
Ancien Médecin chef au ministère de la santé  
Ancien Médecin du groupe OCP



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: 14-06-2023 سيدي إفني, في:

Mr, Mme, Melle: TARISSI M Y A

60,00

- A 2

34,60

- Aman

84,20

- Ketoder 2% gel

18,00

1 App / semaine

10,30

- Poly

1 p x 3

RDV Le: 20-07-20

maphar  
Bd Alkimia N° 6, OI, Sidi Bernoussi,  
Casablanca - Maroc  
KETODERM 2% GEL SAC B8  
P.P.V. : 84DH20  
6 118001 181490

Pharmacie EL OUAFFI  
Dr. Driss BENHAMMED  
Tél : 05.28.87.59.96  
Av. CAL. 87 G. 96  
INP: 042074161  
ICC: 001231294000065

Pharmacie EL OUAFFI  
Dr. Driss BENHAMMED  
Tél : 05.28.87.59.96  
Av. CAL. 87 G. 96  
INP: 042074161  
ICC: 001231294000065



## Composition :

Azithromycine ( DCI ) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg

Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés



PPV : 60,00 DH



علبة من 3 أقراص  
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ

أزيد

Lot : K2483

Fab : 07/22 Per : 07/25

غالينيكا

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير وكيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله.  
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احترموا الجرعات المحددة  
Respecter les doses prescrites

Doliprane Vitamine C®

Parasetamol 500 mg + Vitamine C 150 mg

scorebrique = 150 mg, pour un comprimé effervescent.

CE MEDICAMENT ?

16.

acétamol et de la vitamine C.

maladies fébriles, douleurs, états grippaux, douleurs

POUR LES ENFANTS :  
IS DE PARACETAMOL :  
ACIEN.

s en fonction du poids  
aut le peser afin de lui

mg/kg/jour, à répartir en

kg toutes les 4 heures.

é par prise, à renouveler

jour.

né par prise, à renouveler

jour.

7 à partir d'environ 15

relier en cas de besoin au

tre de dépasser 3 g de

uns plus intenses, et sur

4 g de paracétamol par

UR, (en tenant compte de

ETRE ADMINISTRE

leur ou de fièvre :

la nuit, de

trime dans un grand verre

DE PRENDRE Doliprane

ament si :

l'un des constituants du

POSOLOGIE

- Enfant de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.
- Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.
- Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.
- Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.
- Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.

comprimés/prise  
fois/jour pendant ..... jours

Doliprane Vitamine C®  
Parasetamol 500mg + Vitamine C 150mg

16 comprimés effervescent



AMM N° 554/15 DMP/21/NRQ 118000 041252



دوليببران فيتامين س®  
بارا صيطامول 500 مغ + فيتامين س 150 مغ

الأوجاع والحمى

16 قرصا فوارا

b

بولتي وم  
مركز ديار بناس - بين الصبح - الدار البيضاء  
م. البشري - ميني مسؤول

00/81

PPV18DH00  
PER 09/25  
LOT 13326  
S 1

# Amoxil 500mg

amoxicilline comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 500mg  
Excipient q.s.p. .... 1 comprimé  
Contient de l'aspartam.  
Cet étui contient 12 comprimés dosés à 500mg, soit 6g d'amoxicilline.

اموكسيسيلين 500 ملغ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Ce médicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



AMOXIL 500mg ○  
12 comprimés dispersibles



PER : 07/24

LOT : 650490

PPV : 34.60 DH



# Doliprane

PARACETAMOL

PPV: 10DH30  
PER: 01/24  
LOT: K268



Adulte et enfant  
à partir de 27 kg

**DOULEURS  
FIEVRE**

**b** bottu s.a.  
12, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



500 mg

**Doliprane**  
PARACETAMOL

20 COMPRIMES SECABLES

**Voie orale**  
**20 COMPRIMES SECABLES**