

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° P19- 0041959

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000029201

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Cheragui Najia - Venke Sebahi HAJAT

Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : HAY LINBIAT RUE AIN SAFRAE NR 151 Sa Be

Tél. : 06 42 90 17 66 Total des frais engagés : 545,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/07/2023

Nom et prénom du malade : Najia Cheragui

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 : Sale

Le : 24/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur MATHIEU
Médecine Générale
AV. Ibn Al Haytam, linu
Hay Linbiat - Sale
Tél : 05 37 80 82 19



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
24/7/23		5	550	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacie ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMMI HAMMI Neima 70, Av. Ibnou El Haytam Hay El Inbiat-Salé Tél: 037 80 76 61 INPE : 102090228 102030228	24.7.23	395,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

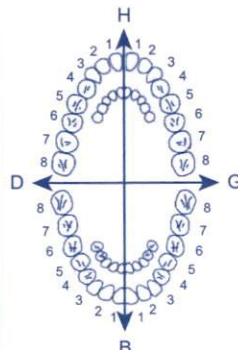
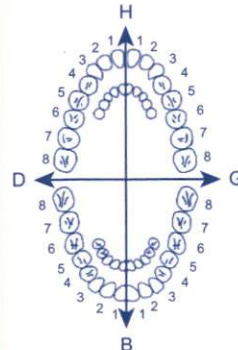
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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. Mariem ICHAR

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Diplômée en

Echographie générale



الدكتورة مريم إشار

الطب العام

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالرباط

حاصلة على شهادة جامعية

للفحص بالصدى

طبيبة معتمدة للفحص الطبي من أجل رخصة السياقة

سلا في 24/07/2023
Salé, le :

76.00x3 Nafji Darkaa

1) Tecnon 1ea

37.00 cf 1 ea

2) Sulcastin

41.30 cf - 31

3) carlud 1ea

89.00 cf - 21

4) D-Sien

395.50 cf - 21

PHARMACIE HAMMI
HAMMI Naïma
70, Av. Ibnou El Haytam Hay
Tél: 037 80 76 61

Docteur Mariem ICHAR
Médecine Générale
Av. Ibnou El Haytam Hay
Appel N°1, May Indiat
Tél: 05 37 80 82 19

P.P.C : 89 DH	
Dluo :	Lot :
10/25	DS10/22

المرجو إحترام وصفة طبيكم

حي الإبتعاث شارع ابن الهيثم زنقة بابل (زنقة 16) رقم 86 الطابق الأول (أمام صيدلية الفندقية) - سلا

الهاتف : 05 37 80 82 19

Ramipril

TECRAM® 10 mg

30 Gélules

TECRAM®

Ramipril

10 mg

TECRAM® 10 mg
Ramipril
30 Gélules



dan - Césabianca
responsable

30
Gélules

Voie orale

PPV : 76DH00
PER : 12/23
LOT : K3747

Ramipril

TECRAM® 10 mg

30 Gélules

TECRAM®

Ramipril

10 mg

TECRAM® 10 mg
Ramipril
30 Gélules



dan - Césabianca
responsable



30
Gélules

Voie orale

PPV : 76DH00
PER : 12/23
LOT : K3747

Ramipril

TECRAM® 10 mg

30 Gélules

TECRAM®

Ramipril

10 mg

TECRAM® 10 mg
Ramipril
30 Gélules



dan - Césabianca
responsable



30
Gélules

Voie orale

PPV : 76DH00
PER : 12/23
LOT : K3747

DULASTAN®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg



Voie orale

Boîte de 20 comprimés

DULASTAN®

500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

DULASTAN® 500mg/2mg **دولاستان®**

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصا

37,00

LOT : 230341
EXP : 04/2027
PPV : 41,50DH

UT. AV.:

PPV (DH):

كارطريكس[®] 100 ملغ

20 قرصا ملبسا
عن طريق الفم



كارطريكس + الحمل = ممنوع

لا يستخدم من طرف النساء الحوامل خلال الشهور الثلاثة الأخيرة من الحمل.
لا يستخدم خلال الثلث الأول والثاني من الحمل إلا في حالة الضرورة المطلقة.

CARTREX[®] 100mg
20 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA

صنع بترخيص لدى كوبر فارما
41، زقة محمد الديوري 10
أمانة الداودي : صيدلي مس

أسيكلوفيرين

أقراص ملبسا