

# 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

- 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

M23-002977

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EZZAHER ALI

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : Boucharouf Rue 52 n°15 Cas

Tél. : 06 20 49 39 82 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ESSEFAR Touria Age: 66 ans

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) : ..... ACCUEIL


Autorisation CNDP N° : AA-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
	10/07/23	321,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

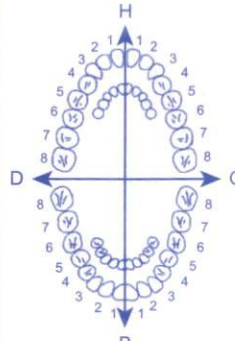
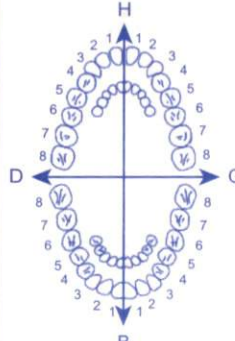
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D 00000000 G 00000000              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 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


Date : 10.04.2023


ORDONNANCE

Me Younis Essel

الصودلية المدنية  
حسن الديوري صيدلي  
Pharmacie EL MADANIA  
Bouchentouf rue 29 N°85  
Tél: 05 22 28 13 28 Casa

169,00 41 Dolicox 90   
192/0 midi

88,00 21 Redal   
147 x 3/0

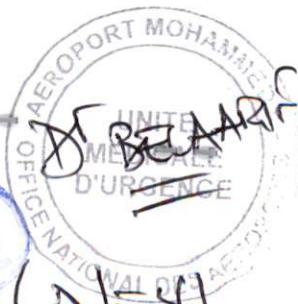
52,80 31 Ketum gel   
1A11 x 3/0

1250 x 4  
41

Uvedose 100 000 

1Amp / 15 pus (N=4)

321,80



PPV: 169DH00  
PER: 03/26  
LOT: M953-2

25/05

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 19,50 DH



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V: 19,50 DH



Cédo!®  
20 Comprimés



6 118000 180913

ستمديك

Sous licence de :

A.Menarini Industrie Farmaceutiche  
Riunite S.r.l located in Via Sette Santi 3,  
50131, Italy.

Fabriqué et distribué par :

PHARMACEUTICAL INSTITUTE  
BP 4491, 12100, Aïn El Aouda-Maroc  
Maria SEDRATI Pharmacien Responsable



يصنع ويوزع من طرف :  
معد الصيدلة  
من.ب. 12100 - 4491 عن المدة - المغرب  
الصيدلي المسؤول : مربية السدراتي

**KETUM** 2,5%  
Kétoprofène  
gel Tube de 60 g



NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
لا يتلع  
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste II



MENARINI INTERNATIONAL

LOT : 0004  
PER : MAR 2026  
PPV : 52 DH 80

**KETUM** 2,5% gel  
Kétoprofène  
Tube de 60 g



Protéger les zones traitées par le port d'un vêtement  
pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt.  
Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها  
وخلال الأسبوعين المواليين لتوقيفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس  
(حتى ولو كانت السحب تحجبها) و لا للأشعة فوق البنفسجية.

Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

نواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 25°C مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية و طريقة الإستعمال: الطريق الموضعي. يدفن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كليا. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

KETUM 2,5% gel

Tube de 60 g

