

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0059502 *Coumès*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique *178481* ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *3189* Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *IDRISSI MBARK*

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 : Agé :

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 M22-0059502

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 :

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

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

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	

VOLET ADHERENT

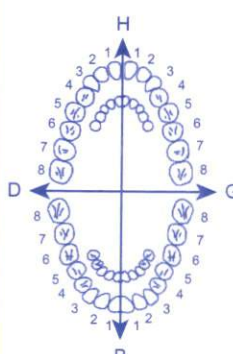
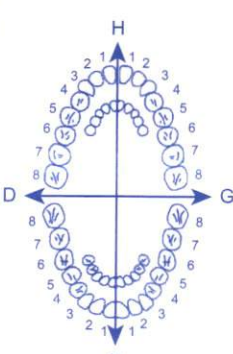
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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																
	<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>		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																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N°		DATE DE DEPOT	
		W			
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom		IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14	
Fonction		retraité		Matricule 3189	
				Mail	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient		IDRISSI MBARK		Age 1952	
Nature de la maladie		HTA		Adhérent <input checked="" type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Dr. Abdelaziz B... Médecine Générale Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Im... Tél: 05.22.87.49.96			
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes		Nature des actes		Montant détaillé des Honoraires	
27 SEPT 2023		C		100,00	
				INF: 041194655	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates		Montant de la facture			
27/09/23		861,50			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Montant détaillé des Honoraires			

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
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												
																
O.D.F.		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux												
Prothèses dentaires		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</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>		H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montant des soins
H																
25533412	21433552															
D 00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis												
				Fin de l'exécution												
VOLET ADHERENT																
NOM du Patient :			DECLARATION N°													
			W													
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			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois													

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 بالمجمع الشريف للفوسفاط

SIDI IFNI, Le : 27/09/2023

ORDONNANCE

Mme : IDRISSE MBARK

1 ALDACTONE 50

1CP/J 3 MOIS

2 CARDIX 6.25

1CP/J 3 MOIS

3 KARDEGIC 160 MG.STS.BT/30

1 Sach Après le repas Midi pdt 3 Mois

4 RANSIMVA

1CP/J LE SOIR 3 MOIS

5 RINOMICINE

1 S 3F/J 10 JOURS

$$1680 \times 3 = 5040$$

$$4120 \times 3 = 12360$$

$$3570 \times 3 = 10710$$

$$9760 \times 4 = 39040$$

$$2270 \times 3 = 6810$$

86170

Dr. Abdelaziz BENHMID
Diabétologie Echographie
Lot. Fatah Sidi Ifni
Tél: 05.28.87.59.96

Pharmacie EL GUAFI
Dr. Drius BENHAMMED
Tel : 05 28 87 66 96
Av. CAHILL - Sidi Ifni
IND: 042074161
ICE: 067231294000066

ودادية الفتاح أمام المخيم البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96

Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96

LOT: 22E012
PER: 06 2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



LOT: 22E012
PER: 06 2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



LOT: 22E012
PER: 06 2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V.: 35DH70



حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد



رينومييسين

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول



Rinomicine® boîte de 10 sachets



6 118000 090762

22,70 x 3

22,70 x 3

CARDIX[®] 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés

LOT: 211
PER: JAN 2026
PPV: 41 DH 90



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

41,90 x 3 GED

28 Comprimés



6 118000 050568

ران سيمفا[®]

سيمفاستاتين

RANSIMVA® 20 mg
Boîte de 30
comprimés pelliculés
Voie orale




SUN
PHARMA

20 ملغ

30 قرصا ملبسا
عن طريق الفم

LOT n°: 97,60 x 14

EXP :

PPV

: 97 DH60

GFD

Titulaire de
l'Autorisation
de mise sur le
marché au Maroc:

Laboratoires
Pfizer S.A.
km 0.500 , Route de
Qualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc

Fabriquée par:

PIRAMAL HEALTHCARE
UK LIMITED
WHALTON ROAD - MORPETH
NORTHUMBERLAND
NE61 3YA
ROYAUME UNI
ou
DELPHARM EVREUX
5 RUE DU GUESCLIN
27000 EVREUX
FRANCE

ALDACTONE 50^{mg}

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

L01: B29946
EXP: 05.2024

des autres
ans ce
dans la

nal
e ou aiguë,
e chez l'enfant),
al (stage
hépatique),
a maladie
ise par un
ormones des

excessive de
yperkaliémie),
édicaments
utres
potassium
potassium,
auf avis

ons
in ou
ALDACTONE.
de
édicaments,
aliments
oquer une
tation du
s
e sévère
culaires,
ée, nausées,
ux de tête.

Le comprimé peut être divisé en doses
égales.

Utilisation chez les adultes

ALDACTONE 50 mg, comprimé séccable :

La dose recommandée varie en fonction
de l'indication pour laquelle ALDACTONE
est prescrit.

En règle générale, la dose habituelle est de
1 à 2 comprimés par jour, cependant dans
certaines circonstances, cette posologie
peut être augmentée jusqu'à 6 comprimés
par jour.

ALDACTONE 75 mg, comprimé séccable :

La dose recommandée varie en fonction
de l'indication pour laquelle ALDACTONE
est prescrit.

En règle générale, la dose habituelle est de
1 à 2 comprimés par jour, cependant dans
certaines circonstances, cette posologie
peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés
par jour.

Mode et voie d'administration

Ce médicament est à utiliser par voie orale.
Avez-le(s) comprimé(s) avec un verre d'eau
sans les croquer. Pour l'enfant de moins de
6 ans, il est nécessaire d'écraser le comprimé
(ou la fraction de comprimé) de manière
à faire une suspension dans un liquide
(le liquide sera préférentiellement un sirop
ou une solution de méthylcellulose de 20 %).

Recommandation sur la prise de ce médicament

**Afin d'éviter de vous lever la nuit pour aller
uriner, ne prenez pas la dernière prise**

Ce que contient ALDACTONE 50 mg, comprimé séccable ?

• La substance active est :
Spironolactone micronisée 50,00 mg
Pour un comprimé séccable.

• Les autres composants sont :
amidon de riz, lactose monohydraté, stéarate
de magnésium, polyméthacrylate de
potassium, laurylsulfate de sodium.
**Qu'est-ce que ALDACTONE 50 mg,
comprimé séccable et contenu de
l'emballage extérieur ?**

Ce médicament se présente sous forme de
comprimé séccable.

Boîte de 20 comprimés.

ALDACTONE 75 mg, comprimé séccable Ce que contient ALDACTONE 75 mg, comprimé séccable ?

• La substance active est :
Spironolactone micronisée..... 75,00 mg
Pour un comprimé séccable.

• Les autres composants sont :
amidon de riz, lactose monohydraté,
laurylsulfate de sodium, polyméthacrylate
de potassium, stéarate de magnésium.
**Qu'est-ce que ALDACTONE 75 mg,
comprimé séccable et contenu de
l'emballage extérieur ?**

Ce médicament se présente sous forme de
comprimé séccable.

Boîte de 20 comprimés.

**Titulaire de l'Autorisation de mise sur le
marché au Maroc**
Laboratoires Pfizer S.A.

km 0.500 , Route de Qualidia
BP 35, 24 000
El Jadida, Maroc