

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0059502

couleur
N848181

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

IDRISSI MBARK

Date de naissance :

10 OCT 2023
Total des frais engagés

Adresse :



Tél. :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M22-0059502

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE 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

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.

RELEVE 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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

FEUILLE DE SOIN N°

W

DATE DE DEPOT

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	/ /	Date de la première visite	/ /
---------------------------	---------------	-----	-----	----------------------------	-----

Nature de la maladie:	HTA	Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
-----------------------	-----	--	-----------------------------------	---------------------------------

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	Dr. Abdelaziz BEN YOUSSEF Médecine Générale Amical Al FATH en face du camping municipale Sidi Ifni - 29996 Tel: 05.22.87.19.96			
---	---	--	--	--

RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
27 SEPT 2023		C	100/00 INF : 041194655

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant de la facture
27/09/23	861,4-

ANALYSES - RADIographies

Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, 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
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	
	G	21433552 00000000 00000000 11433553	
	B	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession	

VOLET ADHERENT

NOM du Patient :	DECLARATION N°	Cachet MUPRAS	
	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 بن محمد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمعية الشريفة للفوسفاط

SIDI IFNI, Le : 27/09/2023

ORDONNANCE

Mme : IDRISI MBARK

1 ALDACTONE 50

1CP/J 3 MOIS

$$68 \times 3 = 204$$

2 CARDIX 6.25

1CP/J 3 MOIS

$$41.25 \times 3 = 123.75$$

3 KARDEGIC 160 MG.STS.BT/30

1 Sach Après le repas Midi pdt 3 Mois

$$35.7 \times 3 = 107.1$$

4 RANSIMVA

1CP/J LE SOIR 3 MOIS

$$97.2 \times 4 = 388.8$$

5 RINOMICINE

1 S 3F/J 10 JOUS

$$22.7 \times 3 = 68.1$$

8615,- !

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

Pharmacie EL FOUAD / FI
Dr. Driss BENHAMD
Tél: 05.28.87.66.96
Av: CAJ/86 - Sidi Ifni
ICE: 0072312940000068

واددية الفتح أمام الخير البلدي - سيدى إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96

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

L01 : 22/01/24
PER : 06/2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

L01 : 22/01/24
PER : 06/2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

L01 : 22/01/24
PER : 06/2024

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30

P.P.V : 35DH70



6 118001 081189

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد



رينو ميبين

مسحوق لتحضير الشراب

10 أكياس

Rinomidine® boîte de 10 sachets
6 118000 090762



560

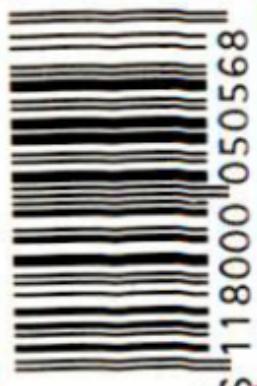
جـ ٢٢,٧٥٠ × ٣

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

CARDIX® 6,25mg

Carvédilol

28 Comprimés O



6 118000 050568

28 Comprimés

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



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

41,90 x 3 GED

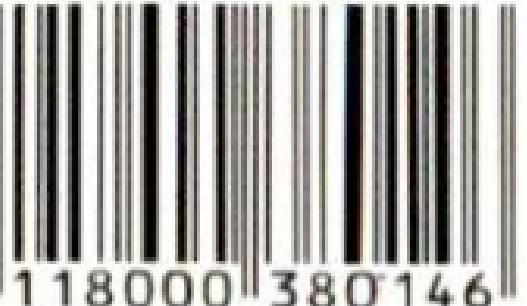
ران سيمفا

سيمفاستاتين



SUN
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg
Boîte de 30
comprimés pelliculés
Voie orale



عن طريق الفم
30 قرصاً ملمساً

20 ملء

PPV : 97 DIH60 EXP :

LOT n° :

97190 * 6 GED



EXP: 05.2024
LOT: B29946

GEO

ALDACTONE 50® mg
P.P.V. 56,80 DH
6 118001170029

particulier en fonction du poids de l'enfant. Le comprimé peut être divisé en doses égales.

**Utilisation chez les adultes
ALDACTONE 50 mg, comprimé sécable :**

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 sécable :

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. Avalez-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

Qu'est-ce que ALDACTONE 50 mg, comprimé sécable ?

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

• 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 sécable et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimé sécable.
Boîte de 20 comprimés.

ALDACTONE 75 mg, comprimé sécable

Qu'est-ce que ALDACTONE 75 mg, comprimé sécable ?

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

• 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 sécable et contenu de l'emballage extérieur ?

Ce médicament se présente sous forme de comprimé sécable.
Boîte de 20 comprimés.

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

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