

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.

Bééducation :

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Déclaration de Maladie

Nº W19-567643

er

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	R 0678	Société :	RAM 179751
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAHDI zoubida			
Date de naissance :	22/08/1953		
Adresse :	Rue 27 J.B. Bourblanc Appt 4 RÉSIDENCE AL KASBAH - ADDME		
Tél. :	0661223402	Total des frais engagés :	1046180 Dhs

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 : Rahat

Signature de 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
Sept 2023	Angélique Keltobie	15	300 Dhs 200 Dhs	IN : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EL MAJIDI Maladie des Os Chiropraticien Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU 16 NOVEMBRE Dr. DAHMANE Asma 1, av. du 16 Novembre Haut Agdal - Rabat Tel: 0537 67 00 24 - 0537 67 56 69	26/09/23	546,20 DH

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

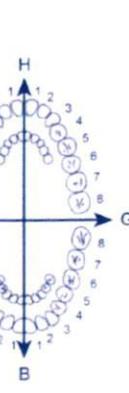
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LL GA 26

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'ODF

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="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 colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G														
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
B															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
[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

Spécialiste en Rhumatologie,
Maladie des Os et des Articulations
Chiropracticien - Mésothérapie

مختص في أمراض العظام والمفاصل
والروماتيزم والترويض الطبي

Sur Rendez-vous
PHARMACIE DU 16 NOVEMBRE
Dr. DAHMANE Asma
16 Av. du 16 Novembre Haut Agdal - Rabat
Tél: 0537 67 00 24 - 0537 67 56 69
INP: 101057867 INPE: 102000395

Rabat, le 26 Sept 2023

Bonjour

M. Abdellah MARYI

SA: 14 OMEGON: 1 gel apres d'uvr.
28

61,00 20% CAFTREX 200: 1 boite
1 gel midi

105,30 3% BECIDALE 200: 3 x 3510
1 gel x 2/j 1 mois

2 55,00 4% GAOINE 75:
1 gel le soir 1 mois

94,00
Tr 546,80

5% MYOPLEX

1 gel au chevet

Docteur Mounir EL MALKI
Rhumatologie, Maladie des Os
et des Articulations Chiropracticien
Rabat
Tél: 0537 70 79 27

LOT : 230340
EXP : 04/2027
PPV : 41,50DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

كارطريكس 100 ملجم

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



اسيكلوفينال

أقراص ملبيسة

اسيكلوفينال
Cyclophosphamide

عن طريق الفم
20 قرصاً ملبيساً
(Cyclophosphamide)
Nidi

كارطريكس + المحمّل = ممنوع

لا يستخدم من طرف النساء المولّات خلال الشهر الـ 3
أو الخبورة من المحمّل. لا يستخدم خلال الثلاثي الأول والثاني من المحمّل، إلا في حالة
الضرورة المطلوبة.

COOPER
PHARMA

صنّع بترخيص لدى كورپارا
41، زنقة محمد الدبوري 201110 الدار البيضاء
أمينة الداودي : صيدلي مسؤول

Almirall SA

MYDOFLEX®

Tolpérisonne HCl

150 mg

6 118001 260850



30 Comprimés pelliculés

Tolpérisonne HCl 150 mg

Myorelaxant

Voie orale



30 Comprimés Pelliculés

(Voir)



LABATEC

GTIN: 06118001260850

LOT: 4049

MFG: 09 2022 EXP: 09 2025

NET WT: 940 mg



GABLNE®

Prégabaline

LOT 222048

EXP 06 2024

PPV 255.00 DH

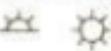
75 mg
56 gélules



Voie orale



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

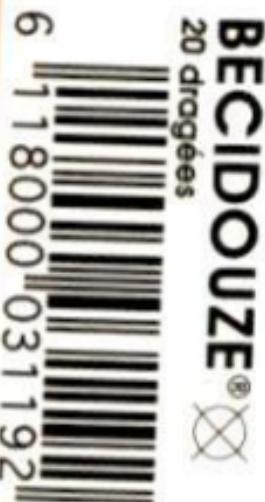




Autumn 2023

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 06/2026
LOT 2D003 6





BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 06/2026
LOT 2D003 6

BECIDOUZE®
20 dragées

6 118000031192

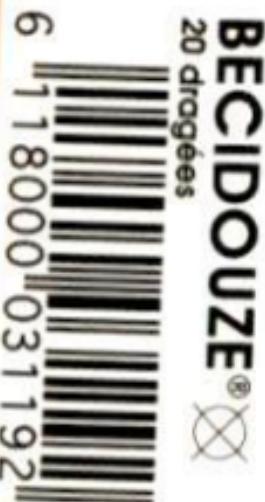




Autumn 2023

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 06/2026
LOT 2D003 6



OMEGEN® 20 mg

28 gélules

6 18000 130031



GENPHARMA

71,00



20 mg

28



GÉLULES
MICROGRANULES
GASTRORÉSISTANTS