

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-426649

45483

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05678 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL FAKIR Mustapha

Date de naissance : 05/12/1961

Adresse :

Tél. : 0662768446 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FAKIR Mustapha Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Coley elle

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 : ASA Le : 26 / 10 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/10/2020	h		300 Ar	INP : 091122077

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL HAM M... Dr MEDDAH M... Rue 29 N° 34 Bordj 34000	06/10/2020	402.20

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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	INP :																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
	H																									
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									
	[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

Docteur Mustapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif

Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse

Membre de la Société Française d'Endoscopie digestive

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE



الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 06 oct 2020 في الدار البيضاء،

Dr Fakhir Mostapha

40.401. Dietosymyl 1 Cap x 2
69.002. 2 Aebalion 1 Cap x 2
48.50 x 2 = 97.00 Tiberal 1 Cap x 2
99.00 4 Relaxium 1 fee
63.30 5 Bellomyl 1 Cap x 2
34.00 6 Osmosia 1 Cap x 2
T = 402.70

05 22 22 90 64 / 65 : الهاتف - الدار البيضاء 20 000 - الحريزي، 26

26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 / 65

Email : mostaphasabir@gmail.com

METEOSPASMYL® B 20 caps molles
Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribue par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

Composition par comprimé :

Ornidazole (DCI).....500 mg

Excipients q.s.p1 Comprimé

Tibéral® 500 mg 

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT : 19151 PER : 11/2024
PPV : 48,50 DH

Laboratoires *Steripharma*
sous licence des Laboratoires SERB

Z.I Lina N° 347 Sidi Maarouf - Casablanca

Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

Composition par comprimé :

Ornidazole (DCI).....500 mg

Excipients q.s.p1 Comprimé

Tibéral® 500 mg 

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

LOT : 19151 PER : 11/2024
PPV : 48,50 DH

Laboratoires *Steripharma*
sous licence des Laboratoires SERB

Z.I Lina N° 347 Sidi Maarouf - Casablanca

Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

Relaxium[®]

B6

375 mg



1 gélule par jour

COMPLEXE RELAXANT

100 % magnésium
vitamine B6

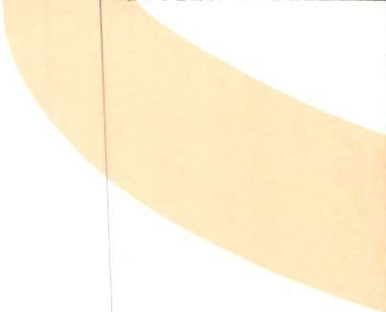
LOT: 200109
DLUO: 03/2023
99,0GDH

VOIE ORALE
30 GÉLULES



146-147 ZI. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable



PPV
34DH00

ingrédients

Charbon végétal activé (162 mg),
Gélatine, dioxyde de titane.

Conseils d'utilisation

Prendre 2 gélules avec un grand verre d'eau,
2 fois par jour à distance des repas,
en complément d'une alimentation variée et
équilibrée. Renouveler les prises en fonction
des sensibilités individuelles.

Nécessaire de ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Le complément alimentaire n'est pas médicament.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

LOT : 200 127

DLUO : 06/2023

63,30DH

Fabriqué par :



146-147, Zone Industrielle
Tt Melil - Casablanca