

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

ND: 28093

Déclaration de Maladie : N° P19- 0021842

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2329 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : ATBI ABDEKKEBIR Date de naissance : 17/08/1953
 Adresse : 28 Résidence EALSABIA Rte AZEMMOUR CASABLANCA
 Tél. : 0661522268 Total des frais engagés : 1813,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2020
 Nom et prénom du malade : ATBI ABDEKKEBIR Age : 66
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rectocolite
 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 : Rabat Le : 03/06/2020
 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
04/10/2023	CS Echographie abdominale		300 DH	
	CS Examen proctologique		200 DH	
			300 DH	

11/11/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

Cashier du Pharmacie ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

Société et signature du Praticien	Date des Soins	Mentions des Honoraires			
		AM	PC	IM	IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est averti de préciser le dent traité, 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'OC

	Dents	Nature des		
--	-------	------------	--	--



ODE	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-----	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

11/11/2019

18

11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[illegible]

Dr Asmae El KHADIR

Spécialiste en Hépto-Gastroentérologie
 Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph-Paris, France
 Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France
 Echographie et Endoscopie digestive
 D.U "Proctologie Médicale et Chirurgicale"
 D.U "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'intestin"
 D.U "Diététique médicale et Nutrition"
 D.U "Réanimation Hépatique"



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
 طوبية سابقا بمركز أمراض و جراحة المخرج، مستشفى سان جوزيف - باريس - فرنسا
 طوبية سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
 التشخيص بالمنظار الداخلي و الصدى
 أمراض و جراحة المخرج
 التغذية و الحمية

Casablanca le: 04/03/20

Mr Abdelkebir

- 1) Fortax 1 sachet/j pd 02 mois
 79,90x1
- 2) Eptorex 1 g/j le matin. pd 03 mois
 249,00x2
- 3) Kalmagel 2 cpl/j pd 15j
 79,90x2
- 4) Hemofast crème + suppo 2 suppo enrobés de crème
 14,50x2
- 5) Diprosone 1 g/j le soir pd 03 sem
 32,80x2

6) Avaricon H

75,90 x 1 Sappa 2/i

7) Profenid 100

70,90 x 1 Sga 2/i Pd 07i

8) Eludril bende

17,70 x 2 bouche.



DR Asmae EL KHADIR
Spécialiste En Hépatologie-Gastro-entérologie
El Proctologie
Bureau 46
22 Bd Yacoub E. 20130 El Mersa
Tél: 05 22 22 22 22

PROFENID 100 MG
30 CP PEL
LOT: 19E002
PER: 08 2022
P.P.V: 70DH90
6 118000 060802

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
LOT: 20E008
PER: 12 2022
P.P.V: 17DH70
6 118000 010548

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
LOT: 19E003
PER: 08 2022
P.P.V: 17DH70
6 118000 010548

1013.30

Pharmacie
D. Lalla Loulou SARL
206 - 210 9d Krouchi
Tél: 05 22 98 97 83
ICE: 000 204 580 000



Hemofast®
Pommade

19,60

Hemofast®
Pommade

19,60

١٩,٦٠

®

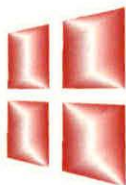


هيموفاست®
مرهم

Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubair Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

لا تأكل
احترم المقادير المعينة

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES



Hemofast®

Pommade Rectale



Composition :

Chlorhydrate de cinchocaïne.....0,50 g
Hydrocortisone0,50 g
Excipients q.s.p.....100 g
Tube de 10 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Mode d'administration, Indications,
Contre-indications, Mises en garde,
Précautions d'emploi : Voir notice

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14,50

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

Hemnofast®

6 Suppositoires
Voie rectale



14150

forlax^{Macrogol 4000} 10g

Enfant à partir de 8 ans / Adulte

LOT : P11732
Exp : 05/2022



maphar

Zi Zehata, Ain Sebaâ, Casablanca Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73,50 DH



6118001181193

 **IPSEN**



30 GÉLULES

alflorex®

SYMBIOTICS

QUANTITÉ PAR GÉLULE :

Bifidobacterium infantis, souche 35624®, 1 milliard de bactéries par gélule.

INGRÉDIENTS :

Amidon de maïs, enveloppe de la gélule : hydroxypropyl-méthylcellulose, souche bactérienne *Bifidobacterium infantis*, souche 35624®, antiagglomérant : sels de magnésium d'acides gras ; saccharose, tréhalose*, agent stabilisant : citrate de sodium.

*Le tréhalose est une source de glucose.

Consommer de préférence dans les 30 jours suivant la première utilisation. Conserver à température ambiante. Ne pas conserver au réfrigérateur.

A consommer de préférence avant fin : voir sous l'étui.

Alflorex®, 35624® et PrecisionBiotics® sont des marques déposées de PrecisionBiotics LTD, une société du Groupe Alimentary Health, tous droits réservés.



3 583310 000146

Importateur Exclusif Biocodex Maroc

Technopole - Aéroport Mohamed V

B.P. : 126-Nouaceur-Maroc

www.biocodex.ma

P.P.C. 245,00 DH

complément alimentaire, n'est pas un médicament

N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3

N° lot :

902003

A consommer de
préférence avant fin :

02/2022



30 GÉLULES

alflorex®

SYMBIOSIS

QUANTITÉ PAR GÉLULE :

Bifidobacterium infantis, souche 35624®, 1 milliard de bactéries par gélule.

INGRÉDIENTS :

Amidon de maïs, enveloppe de la gélule : hydroxypropyl-méthylcellulose, souche bactérienne *Bifidobacterium infantis*, souche 35624®, antiagglomérant : sels de magnésium d'acides gras ; saccharose, tréhalose*, agent stabilisant : citrate de sodium.

*Le tréhalose est une source de glucose.

Consommer de préférence dans les 30 jours suivant la première utilisation. Conserver à température ambiante. Ne pas conserver au réfrigérateur.

A consommer de préférence avant fin : voir sous l'étui.

Alflorex®, 35624® et PrecisionBiotics® sont des marques déposées de PrecisionBiotics LTD, une société du Groupe Alimentary Health, tous droits réservés.



3 583310 000146

Importateur Exclusif
Biocodex Maroc

Technopole - Aéroport Mohamed V

B.P. : 126-Nouaceur-Maroc

www.biocodex.ma

P.P.C. 245,00 DH

complément alimentaire, n'est pas un médicament

N° DA20181706751DMP / 20UCA / MA v3

N° lot :

902003

A consommer de
préférence avant fin :

02/2022

Lot: 190567

A consommer de
~~préférence~~ avant le: 09/2024

PPC: 79,90 DH



KALMAGAS®

أنبوب 30 غ

DIPROSONE 0,05 %

pommade ○



6 118000 050223

ديبروزون® 0,05 % مرهم

350

بيتاميتازون
للدهن فقط

LOT: 585
PER: DEC 2022
PPV: 32 DH 50

Rece

