

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 canaux, 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 canaux.

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

Déclaration de Maladie

N° W21-778829

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1384 Société : 148300
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZELOUAN Mohamed
 Date de naissance : 1971
 Adresse : RT ADJICE A CHA APPT N° 12
 RUE AL OUKHOUANE HAY RAHA BOUSSETOUA
 Tél. : 0663 414015 Total des frais engagés : 32,60 DH 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 :

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/22	38,60

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

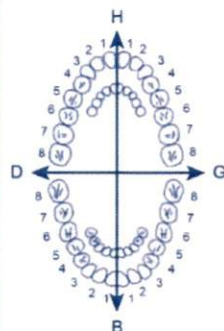
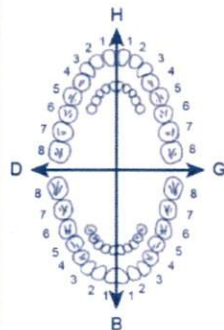
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D			B																								
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																								
				DATE DU DEVIS																								
			DATE DE L'EXECUTION																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**** PHARMACIE HIBA ****

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tél : 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°5111603

ICE : 001616420000064

Le : 31/12/2022

ZEROUAL MOHAMMED

FACTURE N° : 45 du : 31/12/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	DERMOVAL CREME	17,40	17,40	7,00%
1	INDOPHARM 100 X 10 SUP	21,20	21,20	7,00%
Total TTC			38.60	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **TRENTE HUIT DIRHAMS ET SOIXANTE CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	36,07	2,53	38,60
		36,07	2,53	38,60

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay RaHa - Rue Banafsa
N°51 bis Beauséjour - Casa
Tél: 05 22 94 99 34

Composition : 100 mg
Indométacine..... 1 suppositoire
Excipients q.s.p.....
التركيب :
الندومتاسين
سواغ كمية كافية لـ 100 ملغ
حمولة 1

Liste I

Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

A.M.M. : 540/14 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharma 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Indopharm® 100mg
Boite de 10 suppositoires



A15762

اندوفارم 100 ملغ

أندومتاسين



للإكلار
ابتداء من 15 سنة



10 حمولات
عن طريق المخرج

PHARMA 5

21, 20

Tube de 10 g

Dermoval
0,05 % CREME

ID: 649198

GlaxoSmithKline Maroc

Ain El Aouda

Région de Rabat

PPV: 17,40 DH



6

118000161295

EXP. 01 2024
Lot 68787

Dermoval 0,05 % CREME

Voie cutanée



NE PAS AVALER - RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LIRE I - Uniquement sur ordonnance

Dermoval 0,05 %

PROPIONATE DE CLOBETASOL

Tube 10 g

gsk

CREME

Titulaire d'AMM au Maroc:

Laboratoires GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

COMPOSITION :

Propionate de clobétasol.....0,050 g
Pour 100 g de crème.

Excipients : monostéarate de glycérol,
Arlacel 165, cire synthétique, citrate de sodium,
acide citrique monohydraté, eau purifiée.

Excipients à effet notoire : propylèneglycol,
alcool cétystyrilique, chlorocrésol.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
Voie cutanée.

Tube de 10 g

LIRE LA NOTICE
AVANT UTILISATION

A conserver à une température ne dépassant
pas 30°C.

12000000112490

V03