

l'assurance

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 - Tel : 05 22 10 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-455554

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : ROYAL AIR MAROC	
Matricule : 3708			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : LAITRI CH	RAOIA
Nom & Prénom : LAITRI CH		Date de naissance : 30/11/1971	
Adresse : 343 IUI GHT Agadir		Tél. : 0661 389 707 Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Bouchiba Mhd. Fakir OMNIPRATICIEN - URGENTISTE DOULEURS ET SOINS PALLIATIFS Sur RDV Tél 06 61 38 12 25 ICF: 00137744200005			
Date de consultation : 09.09.2019			
Nom et prénom du malade : RADI A SAHRAUI Age: 48			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Bronchopneumopathie			
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 : Agadir Le : 09/09/2019
Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-455554
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 3708	Année : 2019
Nom de l'adhérent(e) : LAITRI CH	
Total des frais engagés : 2821,45	
Date de dépôt : (Signature)	

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
09/01/17	visite à domicile	300,- Dhs	300,-	INP 04/01/2017 Dr. Bouchiba 2017 OMNIPRATICIEN - URGENTISTE DOULEURS ET SOINS PALLIATIFS RDV Tél: 06 61 38 12 28 05277442000005

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Nizar HAOUI PHARMACIE POPULAIR 10, rue 383 43 27	91.09.119	482,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 tenu 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'ODP.

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553
	T

(Création, remont, adjonction)

O.O.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OMNIPRATICIEN

Diplôme Universitaire en Médecine d'Urgence
 Diplôme Universitaire en Médecine de la Douleur et Soins Palliatifs
 Ancien Médecin-Chef du Service d'Accueil des
 Urgences de la Polyclinique CNSS d'Agadir

الطب العام

شهادة جامعية في طب المستعجلات
 شهادة جامعية في طب الآلام
 طبيب رئيسي سابق بقسم المستعجلات
 بمصحة الضمان الاجتماعي بأكادير

URGENCES : 06 61 38 12 28

SECURISATION MEDICALE D'EVENEMENTS

Nom : *Rachid LARRECHI*

Age : 9.9.19
 Agadir :

Poids : Kg. Taille : cm. TA : / mmHg. Pouls : b/mn Spo2 : % T° :

2 Symbicort
58.47 1 bouffée le matin x 3 mois QSP : Traitement de mois

1 Salix 20 mg S.V.
3/2 cp (effervescente) le matin
192.00 x 5 jours

1 Rivotarizine 50 (9547j) S.V.
2cp toutes les 12 H x 7 jours

1 Endomuc S.V.
1 sachet 34g (1/2ste)

Dr. Bouchiba Med. Fouzi
 OMNIPRATICIEN - URGENTISTE
 DOULEURS ET SOINS PALLIATIFS
 Sur RDV Tél: 06 61 38 12 28
 ICE: 00187744200005



INPE: 042048777

INPE: 042048777

bouchiba@yahoo.com

Avenue Hassan II-Immeuble Rachdi-Apt. B5-80000-Agadir-Maroc. Tel: 0661381228

N° Conseil de l'Ordre Des Médecins De La Région Sud: 6057

Patente : 48179013

LOT 19004
PER JUN 21
PPV 39DH90

39,90

PYOSTACINE® 500mg

pristinamycine/pristinamycin

Voie orale/Oral use

16 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Composition : Pristinamycine (à 8000 U/mg)..... 500 mg pour un comprimé pelliculé

Excipients: quantité suffisante pour un comprimé pelliculé.

Excipient à effet notable : amidon de blé (gluten)

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

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Médicament autorisé n°3400931358589

Composition: Pristinamycin (at 8000 U/mg) 500 mg

for one film-coated tablet.

Excipient with a known effect: wheat starch (gluten)

Excipient with a known effect: wheat starch (g)
Store at a temperature no higher than 30° C.

KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

SANOFI

3582910071846

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris - France

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaï Casablanca
Pyostacine 500mg. cp b 16
P.P.V: 192,00 DH

6 116000 061717

Fabrica: FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.
Avenida de Leganés, 62
28923 Alcorcón (Madrid) - Espagne / Spain

يُحفظ في جرارة لا تُنطوي 30 درجة مئوية
يُحفظ بعيداً عن متناول الأطفال وظاهرهم

PYOSTACINE® 500mg

pristinamycine/pristinamycin

Voie orale/Oral use

16 comprimés pelliculés
film-coated tablets

Composition :

Pristinamycin (à 8000 U/mg)..... 500 mg
pour un comprimé pelliculé.

Excipients: quantité suffisante pour un comprimé pelliculé.

Exipient à effet notable : amidon de blé (gluten).
A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.
Médicament autorisé n°3400931358589

Composition:

Pristinamycin (at 8000 U/mg)..... 500 mg
for one film-coated tablet.

Excipients: quantity sufficient for one film-coated tablet.

Exipient with a known effect: wheat starch (gluten).
Store at a temperature no higher than 30 °C.

KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.
Authorized medicine n°3400931358589

SANOFI 



sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris - France

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Pystacine 500mg, cp b 16
P.P.V : 192,00 DH



Fabrica...
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.
Avenida de Leganés, 62
28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain

يُنفَخُ في جرعة لا تتجاوز 30 برتة مائية
بُخْفَطُ بعيداً عن متناول الأطفال ونظيرهم
للفرم الصادق المُنْفَخَ طبقة رقيقة
السواغات: كمية كافية للفرم مخلف واحد
السواع ذو التأثير المعرف: نشا الجعف (غلورن)
دواء مرخص تحت الرقم: 3400931358589
DE N°: 09/96/13 E 030/376

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
USE THE DOSE AS PRESCRIBED**
Uniquement sur ordonnance - Liste
Prescription only medicine - List
دواء يُنْفَخُ على وصفة طبية - لست
لire attentivement la notice avant utilisation
Read carefully the package insert before use
أقرأ النشرة بدقة قبل الاستعمال

بيوستاسين® 500 ملخ
برستيناميسين على 8000 وحدة/ملخ
عن طريق الفم
16 فرضاً مخلفاً بطبيقة رقيقة

Lot/Batch:
156150A
02 2023
03 2019
Fab/mfg:
EXP:

PYOSTACINE® 500mg
pristinamycine/pristinamycin
Voie orale/Oral use

26824-02
05/12

صولوبريد® 20ملغ

بردينيزولون
عن طريق الفم
20 قرصاً فاتراً

Solupred® 20mg

Prednisolone
Voie orale
20 Comprimés effervescents



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

sanofi aventis

IMPRIMEPEL

58,40

Solupred® 20mg

37x37x55

Solupred® 20mg

Prednisolone

احترم المقاييس المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536

14

voie orale

Prednisolone

Solupred® 20mg

Composition :

Prednisolone : 20 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé
effervescent.

Excipient à effet notoire : sodium.

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Ne pas laisser à la portée des
enfants.

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

A conserver à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.