

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.

Nº W19-456466

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>13040</u>		Société : <u>Royal Air Maroc</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BOURASSI SAAD</u>			
Date de naissance : <u>09/05/1987</u>			
Adresse : <u>29 Rue 2 Cité Des fonctionnaires Doukkala</u> <u>Fès Maroc</u>			
Tél. : <u>0660329009</u> Total des frais engagés : <u>791,50</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>14/09/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BOU'RASSI SAAD</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Opération</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>ram</u>			
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

Signature de l'adhérent(e) : saad

Le : 07/11/2019

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
14.3.13	B	C2	300.00	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ROCHDI RÉAUX CH 11 3 Rue Hassan II 1002 TUNIS	14/09/2019	431,50

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																												
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>																					INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>							H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553																																																	
H		G																																																																										
25533412	00000000	21433552	00000000																																																																									
D		B																																																																										
00000000	35533411	00000000	11433553																																																																									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
DATE DU DEVIS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												
DATE DE L'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																																																												



Casablanca, le:

14 - 8 - 13

الدار البيضاء، في

9^e BOURASSI SAAD

$$3 \times 83,70 = 251,10$$

Dexal S.V up makin

23,10

Hydantoin 1/2 up 200k

41,80

Autocare no 1/2 200k

$$5 \times 35,10$$

$$= 175,50$$

Bidouze 1 φ x 2 1j

T: 491,50

PHARMACIE ROCHDI
Rue Pasteur App. N° 10
Casablanca
Tél: 05 22 22 84 18

الدكتورة حورية المحمد عبabo
اختصاصية في أمراض الرأس والعمود الفقري
Neurologie - Neurochirurgie
17, Bld Pasteur App. N° 10
CASABLANCA
Tél: 05 22 22 84 18

PHARMA
RÉAL FIRDAOUS
N° 3 Hay Hachem
Tél : 022 50 00 00
150 44 11 11

PHARMA
RÉAL FIRDAOUS
N° 3 Hay Hachem
Tél : 022 50 00 00
150 44 11 11

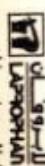
III

AS jdmrs

RDV 26 Octobre

يحفظ بعزل عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS



لابروفن .. المغرب
LAPROPHAN
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA, CASABLANCA, MAROC

BECIDOUZE® ☒
20 dragées

6 118 000-031192



BECIDOUZE®

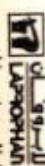
20 dragées

PPV 35DH10

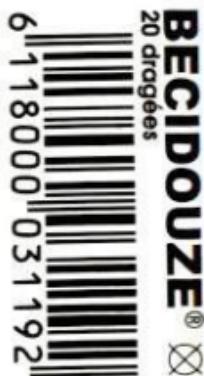
EXP 05/2022
LOT 91003 1

يحفظ بعزل عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS



لابروفن .. المغرب
LAPROPHAN
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA, CASABLANCA, MAROC



jig

فิตامين ب 6
فيتامين ب 12

20 قرمه

BECIDOUZE®

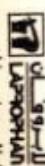
20 dragées

PPV 35DH10

EXP 05/2022
LOT 91003 1

يحفظ بعزل عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS



لابروفن .. المغرب
LAPROPHAN
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA, CASABLANCA, MAROC

BECIDOUZE® ☒
20 dragées

6 118 000-031192



BECIDOUZE®

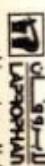
20 dragées

PPV 35DH10

EXP 05/2022
LOT 91003 1

يحفظ بعزل عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS



لابروفن .. المغرب
LAPROPHAN
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA, CASABLANCA, MAROC

BECIDOUZE® ☒
20 dragées

6 118 000-031192



BECIDOUZE®

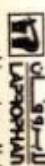
20 dragées

PPV 35DH10

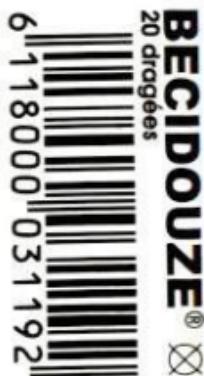
EXP 05/2022
LOT 91003 1

يحفظ بعزل عن الحرارة والرطوبة

A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS



لابروفن .. المغرب
LAPROPHAN
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA, CASABLANCA, MAROC



jig

فิตامين ب 6
فيتامين ب 12

20 قرمه

BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 05/2022
LOT 91003 1

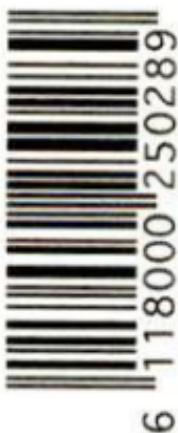
احترم الكمية الموصوفة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Délivrance uniquement sur ordonnance.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lysanxia® 10 mg
40 comprimés



Laboratoires Pfizer S.A.

0,5 km, Route de Oualidia - El Jadida

® Marque déposée

N° ADSP : 10/DMP/21/NCF

UT. AV :

12 21

P.P.V

23 10

LOT N° :

1268549

23,10

gsk

DEROXAT

Paroxétine

Comprimé pelliculé sécable

20 mg

ID : 629882

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH



6 118001 140237



14

Comprimés Pelliculés
Sécables

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ
AMM TN: 5163041

gsk

DEROXAT

Paroxétine

Comprimé pelliculé sécable

20 mg

ID : 629882

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH



6 118001 140237

14

Comprimés Pelliculés
Sécables

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ
AMM TN: 5163041

gsk

DEROXAT

Paroxétine

Comprimé pelliculé sécable

20 mg

ID : 629882

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 83,70 DH



6 118001 140237



14

Comprimés Pelliculés
Sécables

AMM MA: 85/12DMP/21/NRQ
AMM TN: 5163041

6



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

40 mg

PROPRANOLOL

AVLOCARDYLYL®

08/14

1

