

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

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° P19-0005165

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL SAFI Tour Date de naissance : 10-12-55

Adresse : IDEN

Tél. : 060132177 Total des frais engagés : 900 / 220,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL SAFI Tour Age :

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

Nature de la maladie : urti causé aig

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 : Le : / /

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
15-08-19	C,	01	10004	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/08/19	220,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

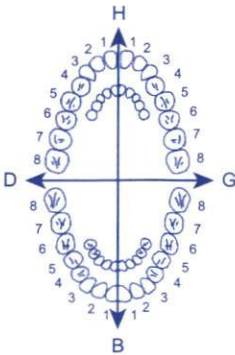
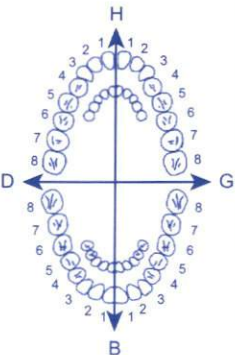
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS														
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Solu-Médrol® 40 mg/2 ml
Poudre et solvant pour solution
injectable
méthylprednisolone hémisuccinate

LSR

29

المادة الفعالة هي:

هيميسوكسينات ميثيل البريدنيزولون 40.000 مع
لينة متساوية من ميثيل برينديزولون في شكله الأساسي 40.000 مع
للمقاومة الواحدة

المكونات الأخرى هي: أحادي فوسفات الصوديوم اللاعالي، ثنائي
فوسفات الصوديوم اللاعالي، الألكون.

ماء مُخصَّص لتوكيات الحقن

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0.500 - Route de Qualidia
BP 55, 24 000
El Jadida, Maroc

Fabricant responsable de la libération des lots /
المُصنَّع المسؤول عن طرح الدفعات

VALDEPHARM
Parc industriel d'incanville
27100 VAL-DE-REUIL
France
Pfizer Manufacturing Belgium nv
Rijksweg 12
2870 puurs
belgique

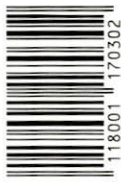
الحاصل على تصريح بطرح
المنتج في السوق في المغرب
معامل فايزر ش.م
طريق الوادي، الكيلو 0.500
24000.35 ب
الجديدة، المغرب

مصار الاستعمال وطريقة تناول:
عن طريق الحقن الوريدي (الحقن للمنازل
الجلدي)، أو التثبيت العضلي .



MODE ET VOIE
D'ADMINISTRATION:
Voies injectables:
intraveineuse,
intramusculaire.
MISES EN GARDE
SPECIALES: Se reporter
à la notice
Ne pas laisser à la
portée des enfants.
LIRE ATTENTIVEMENT
LA NOTICE AVANT
UTILISATION

يُحفظ هذا الدواء بعيداً عن محار
ومتناول الأطفال
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام
هذا الدواء



P.P.V. : 24,30

00556008100

Solu-Médrol®

Poudre et solvant pour
solution injectable

40 mg/2 ml

méthylprednisolone
hémisuccinate

1 flacon de poudre +
1 ampoule de
solvant (2 ml)

سولوميدروال

40 مغ/2 مل

هيميسوكسينات ميثيل البريدنيزولون
مسخوق مُجفَّف بالتجميد ومحلول للحقن

Solu-Médrol®
40 mg/ 2 ml
Medicament autorisé
n° 230/DMP/21/NTT

Respecter les doses
prescrites
احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur
ordonnance
Liste I

لقط وفقاً لوصفة طبية لائحة I

COMPOSITION

- pour un flacon de
poudre
méthylprednisolone
(sous forme
d'hémisuccinate):
40 mg
Excipient: phosphate
monosodique
anhydre, phosphate
disodique anhydre,
lactose.
- pour une ampoule
de solvant: eau p.p.i.



Lot
Exp

S4T00A741
09 2021

TSE - XXXX
SC227
ZWART
GR5473
BR750
R0032





Solu-Médrol® 40 mg/2 ml
Poudre et solvant pour solution
injectable
méthylprednisolone hémisuccinate

LSR

29

المادة الفعالة هي:

هيميسوكسينات ميثيل البريدنيزولون 40.000 مع
لينة متساوية من ميثيل برينديزونون في شكله الأساسي 40.000 مع
للمقاومة الواحدة

المكونات الأخرى هي: أحادي فوسفات الصوديوم اللاعالي، ثنائي
فوسفات الصوديوم اللاعالي، الألكون.

ماء مُخصَّص لتوكيات الحقن

Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché au Maroc
Laboratoires Pfizer S.A.
km 0.500 - Route de Qualidia
BP 55, 24 000
El Jadida, Maroc

Fabricant responsable de la libération des lots /
المُصنَّع المسؤول عن طرح الدفعات

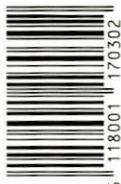
VALDEPHARM
Parc industriel d'incanville
27100 VAL-DE-REUIL
France
Pfizer Manufacturing belgium nv
Rijksweg 12
2870 puurs
belgique

الحاصل على تصريح بطرح
المنتج في السوق في المغرب
معامل فايزر ش.م
طريق الوليدية الكينو 0.500
24000.35 ب
الجديدة، المغرب

مصار الاستعمال وطريقة تناول:
عن طريق الحقن الوريدي (الحقن للمنازل
البيضي)، أو التثبيت العضلي .

MODE ET VOIE
D'ADMINISTRATION:
Voies injectables:
intraveineuse,
intramusculaire.
MISES EN GARDE
SPECIALES: Se reporter
à la notice
Ne pas laisser à la
portée des enfants.
LIRE ATTENTIVEMENT
LA NOTICE AVANT
UTILISATION

يُحفظ هذا الدواء بعيداً عن مرمى
ومتناول الأطفال
يرجى قراءة النشرة بعناية قبل استخدام
هذا الدواء



P.P.V. : 24,30

00556008100

سولوميدروال

40 مغ/ 2 مل

هيميسوكسينات ميثيل البريدنيزولون
مسخوق مُجفَّف بالتجميد ومحلول للحقن

Solu-Médrol®

Poudre et solvant pour
solution injectable

40 mg/2 ml

méthylprednisolone
hémisuccinate

1 flacon de poudre +
1 ampoule de
solvant (2 ml)



Solu-Médrol®
40 mg/ 2 ml
Medicament autorisé
n° 230/DMP/21/NTT

Respecter les doses
prescrites
احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur
ordonnance
Liste I

لقط وفقاً لوصفة طبية لائحة I

COMPOSITION

- pour un flacon de
poudre
méthylprednisolone
(sous forme
d'hémisuccinate):
40 mg
Excipient: phosphate
monosodique
anhydre, phosphate
disodique anhydre,
lactose.
- pour une ampoule
de solvant: eau p.p.i.

TSE - XXXX
SC227
ZWART
GR5473
BR750
R0032

Lot
Exp

S4T00A741
09 2021



29,10



30 قرصا ملبسة قابلة للكسر
هيدروكسيدين ديكلورهيدرات

أطاراكس 25 ملغ



Atarax® 25 mg
30 comprimés pelliculés sécables
AMM N° 43 DMP/21/NCI



6 118000 020714



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec® 10mg



AMM N° 356/14 DMP/21
Zyrtec® 10mg
15 comprimés pelliculés sécables



63,20

زيترتك 10 ملغ
سيترينزين ديكلورهيدرات



Application locale
Selon directives ci-incluses
Non - graisseux, lavable
Conserver au frais

لا يتروك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

للاستعمال الموضعي
حسب النشرة الداخلية
غير دهني و سهل الغسل
يحفظ بمكان معتدل الحرارة
مخبر لايفورفان ش.م.م.
21، زقة الإرواية - الدار البيضاء.

Systral®

Crème

20 g

Agent antiprurigineux et antiallergique. En cas de brûlures, de coups de soleil