

# 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.



## Declaration de Maladie

N° W19-418496

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1479 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOUKI OMAR

Date de naissance : 1950

Adresse : BP 5558 Q. I. ASADIA

Tél. : 06 66 92 03 67 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Brahim BOUOU Diabétologue - Nutritionniste Médecine Générale Echographie N° 405 Imm. Ibn Zohr B, Sidi Youssef AGADIR TEL. 05 29 93 93 93

Date de consultation : 11/10/19

Nom et prénom du malade : M'SAHLI RABIA Age : 17

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

Nature de la maladie : E11.9. (Ci710)

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

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-418496

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation contact@mupras.com
- 0 Prise en charge pec@mupras.com
- 0 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.



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

11/10/19

259,00

Dr. Brahim BOUGBOUS  
Médecin Généraliste  
Diabétologue - Nutritionniste  
Phoniatre  
105 km, Ibn Zohr Rd, Agadir  
Tél: 05 28 29 29 39  
NPE: 41001488

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/10/19

286,10

**PHARMACIE ASSAFA**  
N° 299 Bloc H Cité AL HOUDA  
AGADIR  
Tél: 05 28 32 08 73

## 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# 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

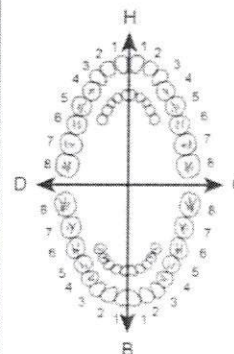
SOINS DENTAIRES

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

H

25533412

21433552

D

00000000

00000000

G

00000000

00000000

35533411

11433553

B

[Création, remont, adjonction]

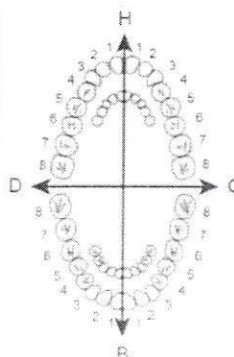
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

☒ valable 3 mois

Le ...../...../20.....

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

*Dr Boufous*

Certifie que Mlle, Mme, M. :

*MSALHI Roghe*

Présente

*E.A.A.9 (CINAO)*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*au long cours avec Suivi Régulier  
à vie*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

*ADV*

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) / mail : [res@mupras.com](mailto:res@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, 100 rue 401 BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

*Dr. Brahim BOUFOUS*  
*Nutritionniste*  
*Bab el Oued - Casablanca*  
*Membre du C.A. Sidi Youssef*  
*N° 104 /mm/ 29 29 39*  
*AGADIR Tel: 0529 29 29 39*



# Dr. Brahim BOUFIOUS

Médecine Générale

Médecine d'Urgence

Diabétologie - Nutrition

Expertise Médicale et Réparation des dommages corporels

Médecine de Travail et Ergonomie

Echographie

# الدكتور ابراهيم بوفوس

الطب العام

طب المستعجلات

دبلوم في علاج داء السكري - دبلوم في التغذية و الحمية

الخبرة الطبية والتعويض عن الاضرار الجسدية

طب الشغل

الفحص بالصدى

Agadir, le : 11 OCT. 2013 في أكادير

M. NSALHI Rabie

① Diamion 60

78,70 x 2 = 157,40 15/ le matin

② Net forme 1000

19,90 x 3 = 59,70 15 x 2

③ Actole 1000

69,10 x 3

PHARMACIE ASSAFA  
N° 299 Bloc H Cité AL HOUDA  
AGADIR  
Tél: 05 28 32 08 73

Dr. Brahim BOUFIOUS  
Diabétologue - Nutritionniste  
Echographie  
Médecine Générale  
N° 105 Imm. Ibn Zohr B Sidi Youssef  
AGADIR Tél: 05 28 29 29 39

PHARMACIE ASSAFA  
N° 299 Bloc H Cité AL HOUDA  
AGADIR  
Tél: 05 28 32 08 73

Rendez-vous le : 286,10

11 OCT. 2019

230 87A

végétal (135 mg), inuline (42,2 mg), cellulose microcristalline, stéarate de magnésium, dioxyde de Silicium.

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Garder hors de portée des enfants.

Complément alimentaire n'est pas médicament

A conserver dans un endroit sec et à l'abri de la chaleur.

LOT: 180083  
DLUD: 04/2021  
69.00 DH

Autorisation ministère de santé  
n°: DA 2015 11003164 DMP/21/MAV2

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
146-147, Zone Industrielle T1 Mellil, Casablanca

Deva

# Acta Levure

- Charbon végétal
- Levure *Saccharomyces Boulardii*
- fibres d'Inuline

## ActaLevure

- Action bénéfique sur la digestion
- Ballonnements
- Maintien de l'équilibre de la flore intestinale
- Equilibre du transit intestinal



30 gélules  
Voie orale



Laboratoires Deva Pharmaceutique  
146-147, Zone Industrielle T1 Mellil, Casablanca

Deva



Adulte / Enfant  
de plus de 10 ans

Voie Orale

30 Comprimés pelliculés

1000 mg

Chlorhydrate de  
metformine

Metformine Win®

ميٹفورمين و

كلوريدات

الجيٹفورمين

1000

30 قرصا مليسا

عن طريق

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احذكم العقاقير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

ميٹفورمين وينز

كلوريدات

الجيٹفورمين

1000

30 قرصا مليسا

عن طريق

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احذكم العقاقير المعينة

ment sur prescription médicale / Liste I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية /

Handwritten signature in blue ink.

30 Comprimés pelliculés

Adulte / Enfant  
de plus de 10 ans



Voie Orale

Chlorhydrate de metformine

Metformine Win®

1000 mg

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 9MA061  
PER.: 01 2022

METFORMINE WIN 1000MG  
CP PEL B30

P.P.V : 19DH90



6 118000 062141

LOT : 9MA061  
PER.: 01 2022

المرتب / الموزون - MONAIES / الموزون

Form with fields for patient information and a date field.

المرتب / الموزون - MONAIES / الموزون

Form with fields for patient information and a date field.

at'8t

**DIAMICRON® 60**

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération m



حترمو القادر المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

مدا: لا يصرف إلا بحسب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNAN



Les Laboratoires Servier - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVAO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC



**DIAMICRON® 60 mg**

60 comprimés



6 118001 130153

**DIAMICRON® 60 mg**

Gliclazide

Comprimés sécables à Libération Modifiée



Découverte de la Recherche Servier

**60 Comprimés sécables**

**DIAMICRON® 60 mg**

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée