

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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-010014

205621

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4.M. Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre : Veuf

Nom & Prénom : Laroussi Saadia

Date de naissance : 1952

Adresse : Complex Sakkani Farhatallah, immeuble 12, App N° 86

2000 - Tanger

Tél. : 06 93 05 44 43 Total des frais engagés : 339,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdellatif Ben Sliman
Médecine Générale
91, Rue Ibn AL-ABBAR N°5
Tél. P. 06.61.63.87.65 - Tanger
C. 05.39.93.89.90

Date de consultation : 11 MARS 2024

Nom et prénom du malade : LAAROUSSI SAADIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : BNWLYS RAPHSI

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RA

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23-0010014

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 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
11 MARS 2024			200.00	Dr. Abdellatif Ben Slimane Médecine Générale Rue Ibn AL ABBAR N°5 P.06.61.63.87.84 - Tanger Tél: 05.39.92.99.90

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ERRADI Dr. ERRADI Fatima Res Amine Zemmouri Route de Rabat - Tanger Tél: 05 39 31 77 44	11/03/2024	# 139.30 #

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	

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 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	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	B

[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 ATTEST

MUPRI

Dr. Abdellatif Ben Sliman

Médecine Générale

91, Rue Ibn AL ABBAR N°5

TEL. : 05 39 93 99 90

TANGER

د. عبد اللطيف بن سليمان

الطب العام

شارع ابن الأبار رقم 5

الهاتف : 05 39 93 99 90

طنجة

Tanger, le 11 MARS 2024 طنجة في

ORDONNANCE

38.40

LAAHWSSI

SANAT

(S.V)

1) Bnwchakob (Sous forme)

36.40

→ C. S. 3

2) KOPRUM cr: 20.

(S.V)

64.50

3 → 15.

3) Biovtwil m V(66)

cr: 200

(S.V)

139, 30

V(66)

PHARMACIE ERRADI
Dr. ERRADI Fatima
Res Amine Zemmouri II
Route de Tanger Tanger
Tél: 05 39 31 77 44

Dr. Abdellatif Ben Sliman
Médecine Générale
91, Rue Ibn AL ABBAR N°5
P. 06.61.63.87.85 - Tanger
Tél.: C. 05.39.93.99.90

20 Comprimés effervescents
Voie orale

Kopred®
Prednisolone
20 mg

Kopred®
Prednisolone

20 mg

20 Comprimés effervescents
Voie orale

PHARMA5

Fleximat

40x40x65

Composition

Prednisolone..... 20 mg
(sous forme de métasulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p...1 comprimé effervescent
Excipients à effet notable : Lactose, sodium

التركيز : 20 ملجم
بريدنيزولون (على شكل ميتسلفونيتروات صوديوم)
سواح كميةكافية... فرس واحد قوار
سواغ ذات تأثير معلوم : الالاكتوز، الصوديوم

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg
Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

كوبريد
بريدنيزولون

20 ملجم

عن طريق الفم
قرصاً قوار

20

PHARMA5

LOT: 1524
PER: 01/27
PPV: 36DH40

A40031

Lire la notice attentivement avant utilisation
A conserver à l'abri de l'humidité
Reboucher soigneusement le flacon après
chaque prise
Ne pas laisser à la portée des enfants

إنقر النشرة دئني قبل الاستعمال
يحفظ بهذا الدواء بعيداً عن الرطوبة
أغلق عبانية الفارورة بعد كل إستعمال
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال

Liste I
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
احترم المقادير المعينة

Laboratoires Pharma 5
Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

أرضي يحتوى على 500 ملجم من ليوفلوكساسين
يقطع الفرسن كاملاً مع الماء
لا تؤخذ بغير وظيفة خاصة للتتخزين.
يحفظ في العلبة الأصلية
يرجى قراءة النشرة قبل تناول الدواء.

BioVanic®

Lévofoxacin / Levofloxacin



Antibiotique / Antibiotic

Voie orale / Oral use

5 comprimés pelliculés sécables
film-coated scored tablets

Chaque comprimé contient 500 mg de lévofoxacin.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
pas de conditions de conservation particulières.
À conserver dans l'emballage d'origine.
lire la notice avant utilisation

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable
146-147, Zone Industrielle Tit Mellil, Casablanca



Respecter les doses prescrites
Liste I - sur Ordonnance

500 ملجم

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

Deva

مخابر ديفا للصيدلة
وأحدى صيدلي مسؤول
الطبقة الصناعية بتطوان - الدار البيضاء

بيوفانيك

ليوفلوكساسين

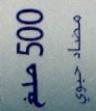
LOT:M1165
PER:09/2025
PPV:64,50DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

5



مضاد
حيوي
دواء

ليوفلوكساسين
دواء معدله للداخلي

Code: AC2 - 00183



Composition : Carboxicsteine 5 g
Excipients à effet notoire : Parahydroxybenzoate de méthyle.

Prendre - cuiller(e) (s) à soupe - fois par jour pendant - jours.

لِكَنْ — لِمَنْ — تَحْمِلْ — كَانْ — يَتَسْعَى — مَنْ

IDEMCO

bronchokod

sans sucre

Adultes

LOT : 1199
Per : 09/25
PPV : 38,40 DH