

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

- Reclamation : 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 - 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° W19-429614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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
27/11/19	CS	1		
14.12.19	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2019	764,70
	27/11/2019	681,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

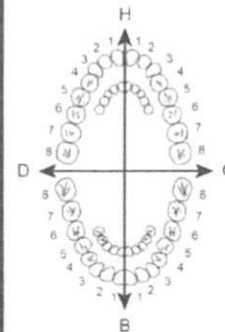
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

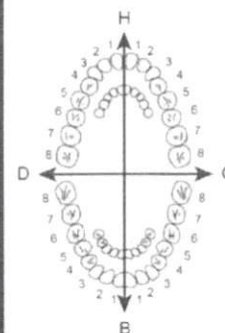
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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

7^u EL YADI ANINA

Casablanca, le 27.11.19

Dr. BENKIRANE MED JAILIL
IPATO GASTRO ENTEROLOGUE
14 Bd. Ain Taoujtate - Casablanca
Tél: 0522 27 03 53

113,70 x2 Raucyphex 2

186 Melin Astyr x 1 unit
186 Ami Astyr

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Boukoura Golf city
Boulevard Boukoura - Casablanca
Tél: 0522 27 03 53

276,00

186 x 15r

Hemo Fast typ0 + Are...

l reme sup typ0 lin x 38u

60,00 x 3 et verno 600 x 3m

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Boukoura Golf city
Boulevard Boukoura - Casablanca
Tél: 0522 27 03 53

Dr. BENKIRANE MED JAILIL
IPATO GASTRO ENTEROLOGUE
14 Bd. Ain Taoujtate - Casablanca
Tél: 0522 27 03 53

Ancien attaché au CHU Bicha (Paris) et à l'hôpital de Poissy

Diplôme en endoscopie digestive et interventionnelle

Diplôme en échographie digestive

Diplôme en nutrition

Membre de la Société Française d'hépatogastro-entérologie

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي والبواسير

مجاز بكلية الطب بباريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

مجاز الكشف بالمنظار

مجاز الكشف بالتلفزة

مجاز في وقاية وعلاج أمراض التغذية

عضو الجمعية الفرنسية للجهاز الهضمي والتهاب الكبد

14/12/2019

Casablanca le :

MME EL MADI AMINA

• **Aximycine 1g**

1 Comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 14 jours

• **Zyrdol 500 mg**

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 14 jours

• **Cladial 500 mg**

1 Comprimé, matin, soir, après repas, pendant 14 jours

• **Ranciphex 20 mg**

1 Comprimé, matin, soir, avant repas, pendant 3 semaines

• **Argo**

1 cà m, matin, midi et soir après repas, pendant 10 jours

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Bouanoura Golf city
RDC N° 9 - Bouanoura - Casablanca
Tél: 0522 29 07 09

Dr. BENKIRANE MED JALIL
HEPATO GASTRO ENTEROLOGUE
13, BD. AIN TAOUJTATE - CASA

13, Bd Ain Taoujtate (en face clinique Badr) Rés Iliass Appt N° 3, 2ème Étage - Quartier Bourgogne

Casablanca - Anfa - Tél : 05 22 27 03 53

13 شارع عين ثوجطات مقابل مصحة بدر إقامة إلياس، شقة رقم 3 الطابق الثاني - حي بوركون

الدار البيضاء - أنفا - الهاتف 05 22 27 03 53

E mail : faxcabinetbenkirane@gmail.com

es présentant une
et sujettes à des
nts.
e au niveau de sa

Par capsule (0.485 g)	Par 100 g
8 kJ 2 kcal	1600 kJ 390 kcal
0 g	3,6 g
< 0 g	88 g
0 g	1,6 g

Poids Net : 14,55 g

un verre d'eau de
e petit déjeuner.
ts de moins de 36

PPC : 274 DH

S.A.R.L., Lotissement
f, Casablanca-Maroc

I.B.S.

probi·digestisTM

Agelila à Jeû

**REDUCTION DES GAZ
ET DES SIGNES DE
L'INCONFORT INTESTINAL**

**30 capsules avec une enveloppe
purement végétale**

BOTANIC

**Cultures probiotiques
Documentées par des études cliniques**

A consommer de préférence avant fin :

N° de LOT :

02/2021

VF041

Médiveine®

diosmine

600 mg

30 Comprimés sécables
Voie orale



60,00



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS		

سوطيما
othema

LOT
EXP
PPV

191928
072022
6000

Médiveine[®]

diosmine

600 mg

30 Comprimés sécables
Voie orale



60,00



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS		

سوطيما
othema

LOT
EXP
PPV

191928
072022
6000

Médiveine[®]

diosmine

600 mg

30 Comprimés sécables
Voie orale



60,00



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS	

سوطيما
othema

LOT
EXP
PPV

191928
072022
6000



Ranciphex®

Rabéprazole sodique



20 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

GTIN: 1614001300805

Lot No: AA5134

EXP.: 04/2021

S.N.: AG010882337306



Composition:
Rabéprazole sodique (DCI) 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

التركيبة:

رابيرازول الصودي 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.

5186189



Ranciphex®

Rabéprazole sodique



20 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

GTIN: 1614001300805

Lot No: AA5134

EXP.: 04/2021

S.N.: AG010882337306



Composition:
Rabéprazole sodique (DCI) 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

التركيبة:

رابيرازول الصودي 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.

5186189



Ranciphex®

Rabéprazole sodique



20 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

GTIN: 1614001300805

Lot No: AA5134

EXP.: 04/2021

S.N.: AG010882337306



Composition:
Rabéprazole sodique (DCI) 20 mg

Excipients q.s.p. un comprimé.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 113 DH 70

التركيبة:

رابيرازول الصودي 20 ملغ

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

الإرشادات العلاجية، موانع الإستعمال، الجرعة

واحتياطات الإستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،

بعيدا عن الرطوبة.

5186189

LOT: 19058 PER: 05/2024
PPV: 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**
Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ ^(م) **كلاديا**
كلاريثروميسين

6 118000 280446

LOT: 19058 PER: 05/2024
PPV: 274,00 DH

عن طريق الفم

20 قرصا مغلفا

500 ملغ

LOT : 3763
UT.AV : 06-22
P.P.V : 30DH50

ADCO®

250 ml

AXIMY CINE®

14 comprimés dispersibles

PPV 6 40H10

LOT 95005 3
EXP 08/2021

LOT : 3763
UT.AV : 06-22
P.P.V : 30DH50

ADCO®

250 ml

AXIMY CINE®

14 comprimés dispersibles

PPV 6 40H10

LOT 95005 3
EXP 08/2021

زيردول®

ميترونيڊازول

500 ملغ



20 قرصا ملففا

للبروقالان

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00

EXP 08/2022

LOT 94082 3

زيردول®

ميترونيڊازول

500 ملغ



20 قرصا ملففا

للبروقالان

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00

EXP 08/2022

LOT 94082 3