

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

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



Declaration de Maladie

N° W19-497042

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 175 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ICHIBA SARA

Date de naissance : 28-12-1990

Adresse : 9 Hy WARD - OUELFA - Casablanca

Tél. : 0632 32 33 09 Total des frais engagés : 379,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Casa - 10/12/19

Nom et prénom du malade : ICHIBA SARA Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée - Syndrome d'Alzheimer

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 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 Le : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-497042

Remplissez ce volet, coupez 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 :

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
04/12/19	C	2	20000	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> Pharmacie BENAZZOUZ Lot. 9-10-11-12 Rue 13 et 4 - CASABLANCA Tél. 1 022 90 08 81 INPE: 092052299	17/9/20	#179 p. cent. soins Dix-neuf dinars et 700

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié d'indiquer la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement dentaire, ainsi que le bilan.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet Médecine Générale

Echographie

Expertise Médicale - Diabétologie

Psychologie Médicale



الركتورة وفاء شوس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le : 19-12-14

Schizac Sane

- 45.20 (S)
- 1) Xyzall 5
1 cp de son x 10j
- 36.40 (A)
- 2) Kofuaduo
3 cp dans un 1/2 verre d'eau après le petit dej
- x 5 jours (S)
- 3) Eumicrol
34.00
1 cà s x 3/j x 10j
- 64.10 (A)
- 4) Axiunyl 10j
1 cp x 2/j x 10j

179.70

Pharmacie SAMIA
Mme BEN
Lot. Out.
Rue 23 et 4 - ISABLANCA
Tél : 022 90 08 81

Dr Ouafae GUESSOUS KRAFESS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - Maârif - Casablanca
Tél.: 022.98.80.71 / 051.62.27

Pharmacie PHARMACIE SAMIA



Adresse ANGLE RUES 13 ET 4

Ville CASABLANCA

Tél : 0522900881

DEVIS

Date : 04/12/2019

Forme	Désignation	Quantité	Prix PPM	Montant
CO	AXIMYCINE 1G/14CP DISP	1	64.10	64.10
CO	XYZALL 5/14CP	1	45.20	45.20
CO	KOPRED 20 MG /20 EFF	1	36.40	36.40
SI	EUMOXOL SIROP 250 ML	1	34.00	34.00
Nombre de produit : 4		Montant Total		179.70

Pharmacie SAMIA
Mme BEN ZOUAR Nadia
Lot. Oulfa Groupement V.N. 12 Casale
Rue 13 et 4 - CASABLANCA
Tél : 0522 90 08 81

CNSS
256474

R.C
245726

PATENTE
35016800

I.F
51483097

I.C.E
001629852000083

لا تتجاوز الجرعات المحددة
NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

FORMULE - FORMULA :

Amoxicilline (sous forme de Tilivarat) 1 g
Excipient q.s.p. 1 comprimé dispersible
Cette boîte contient 14 grammes d'amoxicilline

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

POSOLOGIE : Se conformer à la prescription du médecin

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS : Voir notice

AMM N° 253DMP/21

AXIMYCINE® 19

14 comprimés dispersibles



6 118000

031161

(118x72x25) mm

14 قرص

14 قرص



ع. 1

أموكسيسيلين

أكستين

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 95005 5
EXP 08/2021



Dichlorhydrate de Lévocétirizine
14 comprimés pelliculés

Xyzall 5 mg

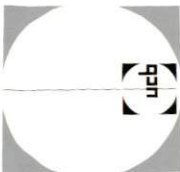
LOT 191575 2

EXP 06 2023

PPV 45 20

Xyzall 5 mg

Dichlorhydrate de Lévocétirizine*



Xyzall 5 mg

14 comprimés pelliculés

Non remboursable AMO



6 118000 021582

1

Dichlorhydrate de lévocétirizine.....5 mg par comprimé
Excipient à effet notoire : lactose monohydraté
Voie orale. Liste II

Posologie, mode d'emploi et mises en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.

سوطيما
Sothema

Fabriqué par les Laboratoires

SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura

Casablanca - MAROC

L. Tazi Pharmacien Responsable.

sous licence UCB

(85x45x20) mm

40x40x65

Composition

Prednisolone.....20 mg

(sous forme de métsulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p...1 comprimé effervescent

Excipients à effet notoire : Lactose, sodium




التركيب :

بريدنيزولون.....20 ملغ

(على شكل ميتسلفوبنزوات صوديوم)

سواغ كمية كافية.....قرص واحد فوار

سواغ ذات تأثير معلوم : اللاكتوز، الصوديوم

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

Fleximat

كوبريد

بريدنيزولون

20 ملغ

عن طريق الفم

قرصا فوار

20

PHARMA 5

PHARMA 5 LOT : 3646
UT.AV : 11-22
PPV : 36DH40

Eumoxol[®]

34,00

Ambroxol

Sirop 0,3%

de 250 ml

