

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## caire :

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.

## adie 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.

**RAS** : 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° P19-0037548

ND: 28816

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LABDAA Med.

Date de naissance : 1941

Adresse : Hay EL ALIA Rue 3 N°28 EL Oulfa Casa

Tél. : 06.65.32.84.66

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/05/2020

Nom et prénom du malade : LABDAA Khadya

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

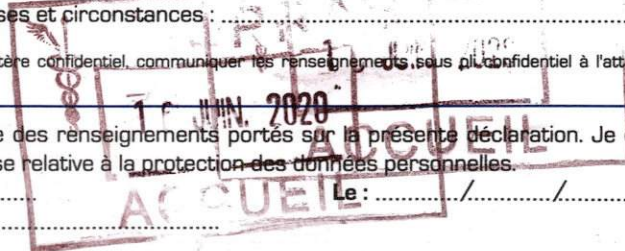
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
26/05/20				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/05/20

# 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

AM

PC

IM

IV

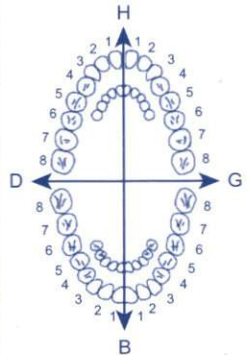
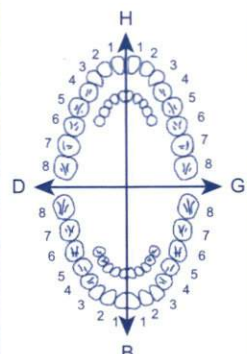
Montant détaillé des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX  
Diplômé de l'Université de Montpellier 1  
PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE  
ECHOGRAPHIE

خبير محلف لدى المحاكم  
خريج جامعة مونتبيلي 1  
الفحص بالصدى

Casablanca, le :

16/05/20

~~CORBIA~~ ~~Chady~~

26,90 x 3

- odia 14

14/5

125,20

~~14/5~~ ~~125,20~~ ~~160~~

23,80 x 3

- Alandy 160

3 x 100,00

- Fibrocand 160

3 x 81,00

- Fibrocand 160

traitement de Zing



113,30

De Kers



42277

PHARMACIE SALAH EDDINE  
SELMA BOUSSOUNI  
756, Boulevard d'Alger  
Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca

Dr. SALAFIK FOUZD  
M.D. UN. L.P. N° 4 Oulfa  
Bd Ould Ould Eltrap  
Tél: 0521 51 65





# Fibrocard<sup>®</sup> 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 18F29/A 2

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

6 118001 070701



Pharmacie Auro

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules





# Fibrocard<sup>®</sup> 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 18F29/A 2

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

6 118001 070701



Pharmabioscience A.M.C.

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules





# Fibrocard<sup>®</sup> 240 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 18F29/A 2

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

6 118001 070701



Pharmachem AMO

FIBROCARD 240 mg  
30 gélules





# Fibrocard<sup>®</sup> 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg  
30 gélules



Remboursable AMO

6 118001 070718





# Fibrocard<sup>®</sup> 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg  
30 gélules



Remboursable AMO

6 118001 070718





# Fibrocard<sup>®</sup> 180 mg

CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 19C06 2  
EXP 03 2023  
PPV 100.00 DH

FIBROCARD 180 mg  
30 gélules



Remboursable AMO

6 118001 070718





ديباكين<sup>®</sup>

كرونو 500 ملغ

حفظ الفالبروبيك  
عن طريق الفم

30 قرصاً مغلفاً قابلاً

للتجزئة ذات تحرير مطوّل

التركيب:

333



3 664798 021905

Titulaire AMM/Détenteur DE

الشركة حاملة رخصة التسويق / صاحب مطور التسجيل

sanofi-aventis France

82, avenue raspail

94250 Gentilly - France

تصنيع / Fabricant

SANOFI WINTHROP INDUSTRIE

1, rue de la Vierge, Ambarès et Lagrave

33565 Carbon Blanc Cedex - France

Lot / Batch:

AA228

Fab. / Mfg.:

02/20

EXP:

01/2023

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Depakine chrono 500mg  
cp pel b00

P.P.V : 113,30 DH



118001

081073



6

118000 02315



28 Comprimés pelliculés sécables  
Laboratoires SOTHEMA  
ANM N° 25/16 DMP/21/NRP

**Vartex<sup>®</sup> 160 mg**

LOT 200662 1  
EXP ~~03~~ 2023  
PPV 175.20 DH

LOT ~~200662~~ 1  
EXP ~~03~~ 2023  
PPV 175.20 DH

LOT 200662 1  
EXP 03 2023  
PPV 175.20 DH



LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 00

26/90

أوفيا  
تليبيديد

ج



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	43
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	☀
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	☾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل بعد	☾

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113522/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015

سوطيما  
SUTIMA



LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 00

26/90

أوفيا  
تليبيديد

ج



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	43
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	☀
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	☾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل بعد	☾

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 1135224/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015

سوطيما  
SUTIMA



LOT 192941

EXP 12 2022

PPV 26 00

26/90

أوفيا  
تليبيديد

ج



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة	43
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	☀
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء	☾
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل بعد	☾

ODIA® 1 mg

30 comprimés

AMM N° 113522/NNP

Remboursable AMO



6 118000 022015





מכשיר

03

160

אסקרדיל

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230480

EXP 10/2021

LOT 98016 4



30

760 ॥

© 2000

**ASKARDIL® 160 mg** 30 comprimés dispersibles

FPV 23DH80  
EXP 10/2021  
LOT 98016 4



מכשיר

03

160

אסקרדיל

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 230480

EXP 10/2021

LOT 98016 4