

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.

biologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 066089

ND = 32843
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 56 37356 Total des frais engagés : Dhs

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 : 15/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :
ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-066089

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 :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 0043088

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3466 Société : RETRAITE

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : LAGBOURI MHAMED

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse :

Tél. : 0665637350 Total des frais engagés : 767,10 Dhs

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.

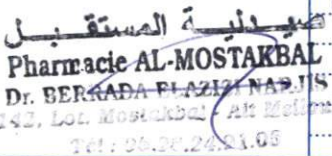
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 01.04.2020 Signature de l'adhérent(e) : Le : 01/04/2020

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/04/2020	761.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

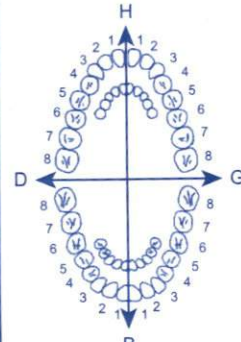
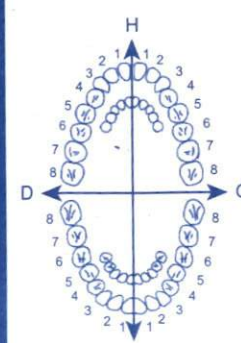
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> 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

01/04/2020

A.T Melloul

Le

Pharmacie AL-MOSTAKBAL
Dr. BERRADA ELAZIZI NARJIS
142, Lot Mostakbal - Ak Melleul
Tél: 08.29.24.81.05

Mr: haG Bouni Mhamed

Quantité	DESIGNATION	P.U.	P.TOTAL
3	Stagid 700 GM	107.60	322.80
3	AsKandil 75	22.40	67.20
3	Amanel 2mg	60.40	181.20
3	Trila Zide 10/25	63.30	189.90
T=761.10 DH			

Pharmacie AL-MOSTAKBAL
Dr. BERRADA ELAZIZI NARJIS
142, Lot Mostakbal - Ak Melleul
Tél: 08.29.24.81.05

STAGID® 700 mg

metformine embonate

100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

1.01
F 2 P
F 2 V

1 4 2 6 6 5
1 1 3 0 3
1 6 7 . 6 0

107.60

MERCK



STAGID® 700 mg
100 comprimés

Pharm. Merck S.A.S.



STAGID® 700 mg

metformine embonate

100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

101 142665
F2P 11 3003
F2V 107.60

107.60

MERCK



STAGID® 700 mg
100 comprimés



STAGID® 700 mg

metformine embonate

100 COMPRIMÉS SÉCABLES



Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

1.01 142665
F2P 11 3003
F2V 107.60

107.60

MERCK



STAGID® 700 mg
100 comprimés



ASKARDIL® 75 mg
30 comprimés dispersibles



LABORATOIRES
MODITS PHARMACEUTIQUES
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC
البريد
21، ريفد الأوداية
المدينة الجديدة لال
مستشفى
LAPTOPHAN
البريد

MM N°: 219DMP/21

ver à une température
ant pas 30° C à l'abri de
l'humidité
و يحفظ في درجة حرارة أقل من
30° C بعيداً عن الرطوبة.

لـ 75 ملـ
LAPTOPHAN



اسكارديل

30

75 ملـ

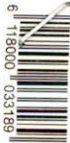
حاصل استيصال

اسكارديل

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039

0



LABORATOIRES

ה'תשנ"ח - ה'תשנ"ט

21

[illegible]

שלום רב,

LAPTOPS

11-65-10

MM N°: 219DMP/21

er à une température
ant pas 30°C à l'abri de

УДК 62-50
П-65.70



وہ

30

75

၂၀၁၆ ခုနှစ်၊ ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့

© 1999

SKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039

ASKARDIL® 75 mg
30 comprimés dispersibles



LABORATOIRES
MODITS PHARMACEUTIQUES
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC
البريد
21، ريفاء أوداية
المدينة الجديدة
مراكش
LABORATOIRES
MODITS PHARMACEUTIQUES

MM N°: 219DMP/21

à conserver à une température
inférieure à 30°C à l'abri de
l'humidité et de la lumière.
و يحفظ في درجة حرارة أقل من
30° مئوية.

LABORATOIRES
MODITS PHARMACEUTIQUES



اسكارديل

30

75 ملغ

حاصل استئصال

سكارديل

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

PPV 22DH40
EXP 02/2022
LOT 90039



63,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذروا القابض الحوية
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide 10mg/25mg
28 Comprimés





63,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احذروا القليل الحبيبات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide 10mg/25mg
28 Comprimés





63,30

Tritazide® 10mg/25mg
Ramipril / Hydrochlorothiazide



احترم الفاني الحبيبة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver dans son emballage d'origine à la température ambiante (entre 15°C et 30°C).

Tritazide 10mg/25mg
28 Comprimés





2ملغ

لاريل®

بيبريد

طريق الفم

30 قرصا

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLETTE
ف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6

LOT : 19E001

PER.: 06 2022



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



2ملغ

لاريل®

بيبريد

طريق الفم

30 قرصا

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLETTE
ف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6

LOT : 19E001

PER.: 06 2022



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca



2ملغ

لاريل®

بيبريد

طريق الفم

30 قرصا

Amarel 2mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLETTE
ف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

O

AMAREL 2MG
CP B30

P.P.V : 60DH40



6

LOT : 19E001

PER.: 06 2022



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca