

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.

Diagnostique 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

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° P19- 056347

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société : 32910

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAUKI KALIM

Date de naissance : 29/11/1946

Adresse : Apt 9, Immeuble 37, Résidence Safa, Laayoune, S.A.

Tél. : 060 75 95 00 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 : Cardiopathie hypertensive en phase paroxystique de AVC ischémique

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
06/05/2020	Ce		6	

06/05/2010 Cs

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/05/2022	#3672.70#

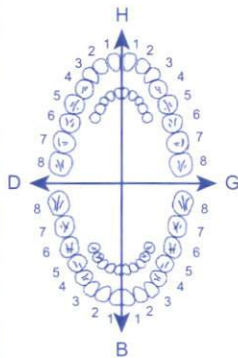
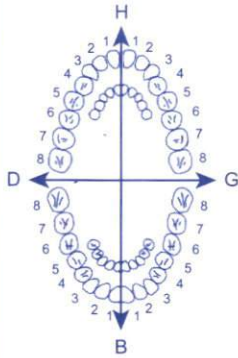
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Début d'exécution</div> <div>Fin d'exécution</div>														
<div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> 	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <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		<div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Date du devis</div> <div>Date de l'exécution</div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 de

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	
Certifie que Mlle, Mme, M. : CHAKI KALTOU	
Présente une cardiopathie hypertensive en 17 paroxysmes compliqués d'un AVC ischémique	
Nécessitant un traitement d'une durée de : Long cours par Xarelto 20mg, puis Xarelto 15mg, Cosyrel 5/10 mgli + LONOR 20mg ou 10mg, Niotopli.	
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

Ancienne interne des CHU - Strasbourg / Paris

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفيات الجامعية - ستراسبورغ / باريس



عيادة أمراض القلب والشرابين
CABINET DE MALADIES
CARDIOVASCULAIRES

Date, le : 02/10/.....

06/10/2020

02x3=2952

Chaudi Kaltour

$$984.00 \times 3 = 2952.00$$

10. Харило рошро

1 cp/j

78.10 x 3 = 294.30

1 mdr au milieu du repas

2- Cosyre/5/10mg

$$134.80 \times 2 = 269.60 \text{ g/g} \quad \text{le soir}$$

3 - No other payl

99.05 100' x 21'

4² - LONON Long

57. 80

SP - Union of

30, rue Rhamna, Rés. Alyaa, 2^{ème} étage, n° 18

Bd Elhaouz - Youssoufia - quartier Administratif - Rabat

Tel: 053 7 651 51 23

30، زنقة الرحامنة، إقامة علياء، الرقم 18،

شارع الحوز - اليوسفية - الحي الإداري

الهاتف : 05 37 65 51 23

LOT : 200132
UT AV : D1/2023
PPV : 99,00DH

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :

5



LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

قرصا مليسا

30 x

لا-نور أتورفاستاتين

20 ملغ
طريق الفم

Fabriqué par : **COOPER PHARMA**
41, rue Mohamed Diouri,
20110 Casablanca
AMINA DAUDI :
Pharmacien responsable

من تصنيع كوبر فارما
41، زقة محمد الديوري
20110 الدار البيضاء
أمنية الداودي :
العصلي المسؤول

CE MEDICAMENT - GROSSESSE - INTERDIT
هذا الدواء + الحمل = ممنوع
Ne prenez pas ce médicament si vous êtes enceinte ou
tentez de l'être. Ne prenez pas ce médicament si vous êtes
en âge d'avoir des enfants, sauf si vous utilisez une méthode
de contraception fiable.
لا تتناول هذا الدواء إذا كنت حاملة أو تخططين للحمل
لا تتناول هذا الدواء إذا كنت في سن الإنجاب إلا إذا كنت تستخدمين
طريقة فعالة لمنع الحمل

جدول أ (لائحة 1) Tableau A (Liste I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

AMM n° 328/13 DMP/21/NNP

IDEMCO

LOT : 200129
UT AV: 01/2023
PPV: 57,80 DH

UT AV:

LOT N°:

PPV (DH):



COOPER
PHARMA



LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

30 x

قرصا ملبسا

اللا-نور
أنورفاستاتين

10 حبة
للمنوع

جدول أ (لائحة I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا تسلم إلا بوصفة طبية

AMM n° 252/16/DMP/21/NCV

CE MEDICAMENT + GROSSESSE = INTERDIT
هذا الدواء + الحمل = ممنوع



Ne prenez pas ce médicament si vous êtes enceinte ou
lentez de l'être. Ne prenez pas ce médicament si vous êtes
en âge d'avoir des enfants, sauf si vous utilisez une méthode
de contraception fiable.

لا تتناول هذا الدواء إذا كنت حاملة أو تخططين للحمل.
لا تتناول هذا الدواء إذا كنت في سن الإنجاب إلا إذا كنت تستخدمين
طريقة فعالة لمنع الحمل.

COOPER
PHARMA

Fabriqué par :

41, rue Mohamed Diouri,
20110 Casablanca
AMINA DAOUDI :
Pharmacien responsable

من تصنيع كبير فارما
41، زقة محمد الديوري،
20110 الدار البيضاء
أمينة الداودي :
الصيدلي المسؤول

IDEMCO



كزاريلطو^م 20 مغ

أقراص ملبسة
ريقاروكسبان

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.



28 قرصا ملبسا



كزاريلطو^م 20 مغ

أقراص ملبسة
ريقاروكسبان

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps



P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090808

28 قرصا ملبسا



كزاريلطو^م 20 مغ

أقراص ملبسة
ريقاروكسبان

XARELTO 20 mg
Rivaroxaban
28 cps

P.P.V. : 984,00 DH
Bayer S.A.



28 قرصا ملبسا



Molécule originale issue de la recherche UCB

Nootropyl®

Piracétam

800 mg



60 comprimés pelliculés

Voie orale

LOT 142719
EXP 12 2023
FPV 134.80

134.80





Molécule originale issue de la recherche UCB

Nootropyl®

Piracétam

800 mg



60 comprimés pelliculés

Voie orale

LOT 142719
EXP 12 2023
FPV 134.80

134.80



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة 1: لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



COSYREL 5mg/10mg - 
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0061



COSYREL®

5mg/10mg

comprimé pelliculé sécable
Fumarate de bisoprolol /
Périndopril arginine

30

comprimés pelliculés
sécables



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة 1: لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



COSYREL 5mg/10mg - 
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0061



COSYREL®

5mg/10mg

comprimé pelliculé sécable
Fumarate de bisoprolol /
Périndopril arginine

30

comprimés pelliculés
sécables



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا المقادير المعينة

, Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة 1: لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



COSYREL 5mg/10mg - 
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca

MXGS0061



COSYREL®

5mg/10mg

comprimé pelliculé sécable
Fumarate de bisoprolol /
Périndopril arginine

30

comprimés pelliculés
sécables

