

## 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° W19-555227

ND: 35508

COUILLON  
HASST

### ☒ Maladie

### ☐ Dentaire

### ☐ Optique

### ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1690 Société : Ram  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMALEDDINE  
 Date de naissance : 07.08.1944  
 Adresse : SECTEUR 8 RESIDENCE JOURNALIER IMM.B  
 AVE 3 AVE ANDOLA HAY KHAL RABAT.  
 Tél. : 0664.171744 Total des frais engagés : 1727,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. SAID BENOMAR

Cachet du médecin :  
 Dr. SAID BENOMAR  
 CARDIOLOGUE  
 3, Rue Sahel EL Aaj  
 App N°3 - Rabat  
 Tél: 0537 72 56 91 - Gsm : 0661 66 58 48  
 INPE : 101099001  
 Date de consultation : 20/8/20  
 Nom et prénom du malade : Journal Eddine Age: 76 Ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Cardiaque  
 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 : Rabat Le : 27/07/2020  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-555227


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).

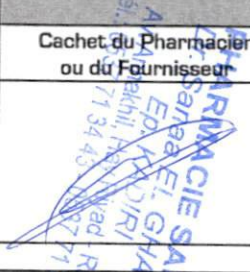
Matricule : 1690  
 Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI J  
 Total des frais engagés : 1727,70 Dhs  
 Date de dépôt : 27/07/2020



# 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
20/7/2020	Cec	1	35000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/07/2020	13.777,80

# 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

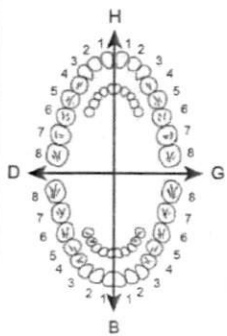
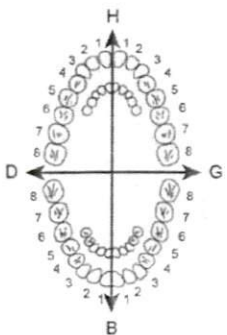
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 de l'ODF.

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  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**Dr. SAID BENOMAR**

**Cardiologue**

SPÉCIALISTE EN PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE

EX ATTACHÉ

- SERVICE DE CARDIOLOGIE A

"CHU AVICENNE RABAT"

- LIGUE NATIONALE DE LUTTE CONTRE  
LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور سعيد بن عمر

أخصائي في أمراض

القلب والشرايين

ملحق سابق

بمصلحة أمراض القلب و الشرايين

مستشفى ابن سينا الرباط

Rabat le :

20/7/2020

J. Jamal Eddine  
NAA RENT

2 ou

marque 5-6 fl.

1 - Naltrexone

35.70 x 3

41.80 x 3

138.10 x 3

150.10 x 3

Kardex 100 10 / 100

Arbucamyl 100 1/2 cp x 3

Reallip 40 mg 1 m / 100

2 - Vercanal 35

142.00 x 2

3 - Odes 20

T: 1377.7

Dr. SAID BENOMAR  
CARDIOLOGUE  
INPE 101099901  
3, Rue Sahel El Aaj Appartement 3 - Diour Jamaa - Rabat  
Tél : 05 37 72 56 91 - GSM : 06 61 66 58 18 - Email : saidbenomar2000@gmail.com

PHARMACIE  
Dr. Samia EL GHATTA  
Tél : 05 37 71 34 43 - 05 37 71 72 61  
Rabat - KADIRI  
Hay Riad - Riad

Adresse : 3, Rue Sahel El Aaj Appartement 3 - Diour Jamaa - Rabat

Tél/Fax : 05 37 72 56 91 - GSM : 06 61 66 58 18 - Email : saidbenomar2000@gmail.com



138,00

# Redip<sup>®</sup> 40 mg

Simvastatine

VOIE ORALE  
30 comprimés pelliculés



TECHNIMÈDE GROUP



Titulaire de l'AMM :

**ATLAS PHARM**

Quartier industriel de Berrechid,  
Route principale numéro 7, Rue C  
Maroc

Fabricant :

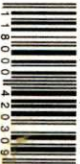
**AFRIC PHAR**

Route Régionale Casablanca/Mohammedia  
N° 322, Km 12.400 - Aïn Harrouda 28630  
Casablanca - Maroc

**Atlas**  
**Apharm**  
CAPO TECHNIMÈDE

**Redip<sup>®</sup> 40 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 420309



138,00

# Redip<sup>®</sup> 40 mg

Simvastatine

VOIE ORALE  
30 comprimés pelliculés



TECHNIMÈDE GROUP



Titulaire de l'AMM :

**ATLAS PHARM**

Quartier industriel de Berrechid,  
Route principale numéro 7, Rue C  
Maroc

Fabricant :

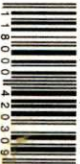
**AFRIC PHAR**

Route Régionale Casablanca/Mohammedia  
N° 322, Km 12.400 - Aïn Harrouda 28630  
Casablanca - Maroc

**Atlas**  
**Apharm**  
CAPO TECHNIMÈDE

**Redip<sup>®</sup> 40 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 420309



138,00

# Redip<sup>®</sup> 40 mg

Simvastatine

VOIE ORALE  
30 comprimés pelliculés



TECHNIMÈDE GROUP



Titulaire de l'AMM :

**ATLAS PHARM**

Quartier industriel de Berrechid,  
Route principale numéro 7, Rue C  
Maroc

Fabricant :

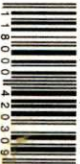
**AFRIC PHAR**

Route Régionale Casablanca/Mohammedia  
N° 322, Km 12.400 - Aïn Harrouda 28630  
Casablanca - Maroc

**Atlas**  
**Apharm**  
CAPO TECHNIMÈDE

**Redip<sup>®</sup> 40 mg**

30 Comprimés pelliculés



6 118000 420309



# OEDES®

oméprazole



20 mg  
Voie orale

OEDES 20mg

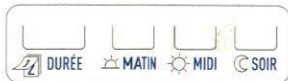
56 gélules



6 118000 082026

Microgranules gastrorésistants en gélules

56 x



 **COOPER**  
PHARMA

## COMPOSITION :

Oméprazole.....20mg

Excipients.....qsp 1 gélule

Excipients à effet notoire : Saccharose

AMM n° 322DMP/21/NNP

 **COOPER**  
PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA  
41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca  
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

LOT: 181764  
PER: 08-21  
PPV: 140,0024



# OEDES®

oméprazole



20 mg  
Voie orale

OEDES 20mg

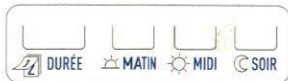
56 gélules



6 118000 082026

Microgranules gastrorésistants en gélules

56 x



 **COOPER**  
PHARMA

## COMPOSITION :

Oméprazole.....20mg

Excipients.....qsp 1 gélule

Excipients à effet notoire : Saccharose

AMM n° 322DMP/21/NNP

 **COOPER**  
PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA  
41, Rue Med Diouri. 20 110 Casablanca  
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

LOT: 181764  
PER: 08-21  
PPV: 140,0024



50 comprimés sécables

40 mg

PROPRANOLOL

**AVLOCARDYL®**

Voie orale. **Ne pas laisser à la portée des enfants.**  
A conserver à une température inférieure à 25°C.

comprimé(s)  fois/jour pendant  jours

Lire attentivement la notice intérieure



Tenir à l'abri  
de l'humidité.



Tenir à l'abri  
de la lumière.

AstraZeneca

**AVLOCARDYL®**

PROPRANOLOL

40 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

50 mg

**AVLOCARDYL® 40 mg**

50 comprimés sécables



6





50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PROPRANOLOL

40 mg

AVLOCARDYL®

08/15



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PROPRANOLOL

40 mg

AVLOCARDYL®

08/15

20 07





P.P.V : 35DH70

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

LOT : 9MA081

PER.: 01 2021

استیتالسیلات د.ل. لیسین

بسته 160

کارتنجیک®

**KARDEGIC®**  
**160mg**

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI 





P.P.V : 35DH70

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

LOT : 9MA081

PER.: 01 2021

استیتالسیلات د.ل. لیسین

بسته 160

کارتنجیک®

**KARDEGIC®**  
**160mg**

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI 





P.P.V : 35DH70

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

LOT : 9MA081

PER.: 01 2021

استیتالسیلات د.ل. لیسین

بسته 160

کارتنجیک®

**KARDEGIC®**  
**160mg**

*Acétylsalicylate de DL-Lysine*

Poudre pour solution  
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI 





60 Comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de trimétazidine

**VASTAREL® 35 mg**



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVAO, Lot FATH 4  
Route d'Azermour, 20180 Casablanca



قائمة لا يعرف إلا بوجع وطفة طبية  
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

**احترموا الجرعات المحددة**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Dichlorhydrate de trimétazidine  
Comprimés pelliculés à **L**ibération **M**odifiée

**VASTAREL® 35 mg**

05,40





60 Comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de trimétazidine

**VASTAREL® 35 mg**



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVAO, Lot FATH 4  
Route d'Azermour, 20180 Casablanca



قائمة لا يعرف إلا بوجع وطفة طبية  
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

**احترموا الجرعات المحددة**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Dichlorhydrate de trimétazidine  
Comprimés pelliculés à **L**ibération **M**odifiée

**VASTAREL® 35 mg**

05,40





60 Comprimés pelliculés

Dichlorhydrate de trimétazidine

**VASTAREL® 35 mg**



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Imm. ZEVAO, Lot FATH 4  
Route d'Azermour, 20180 Casablanca



قائمة لا يعرف إلا بوجوب وصفة طبية  
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

**احترموا الجرعات المحددة**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Dichlorhydrate de trimétazidine  
Comprimés pelliculés à **L**ibération **M**odifiée

**VASTAREL® 35 mg**

04,40