

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-517756

40730

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9946 Société : RYM AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : NEJJARI HALIMA

Date de naissance : 1970

Adresse : 181 CITE AL BARI' HAY NAHDA 1

RABAT

Tél. : 0670276244 Total des frais engagés : 765,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Aziz ALAMI MEROUNI
diplômé d'Echographie Générale
Médecine Générale
SOS Médecin : 06 61 21 59 48
23, Angle Avenue Résistance et Rue
Togo, Appt. 10, Océan - RABAT
Tél : 05 37 20 30 35

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03-07-2020

Nom et prénom du malade : Nejari Halima Age :

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

Nature de la maladie : allergie respiratoire

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 : 03/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-517756

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 : 9946

Nom de l'adhérent(e) : NEJJARI HALIMA

Total des frais engagés : 765,-

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
3.7 22	C	1	150,00	INP 01005437

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HASSANIA Rue de la Liberté N° 12 Alger 16000	3/7/22	615,00

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 canaux, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecine Générale

Diplôme d'Échographie Générale
Expert Assermenté près les Tribunaux
Membre SOS Médecins Rabat - Salé
Angle Avenue de la Résistance
et Rue Togo, Imm. 23 Appt. N° 10
Océan - RABAT
Tél.: Cabinet : 05 37 20 30 35
GSM : 06 61 21 59 48



الدركتور عزيز علي مروني

الطب العام

دبلوم التشخيص بالأمواج فوق الصوتية

خير محلف لدى المحاكم

عضو جمعية الإسعاف الطبي الرباط - سلا

شارع المقاومة زنقة طوغو، عمار 23

رقم الدار 10-حي المحيط - الرباط

الهاتف : 35 30 20 37 05

المحمول : 06 61 21 59 48

الرباط، في 2020

Par Halima

$$\begin{array}{r} 45 \\ \times 30 \\ \hline \end{array}$$

Ventoline 25 3x, 7

167,50

9,50 cefactor 50 1188

2015 6

54 | 40

Johnston is

2000 47

249.00

100 Surah 179 Arkan

Abouffer mar et son Mary

15,80

Dahpam 1000

109 215

12/1/20

11/11/11

$$T = 6.15$$

15. Docteur AZIZ ALAMI MEROUNI
Diplômé d'Orthopédie Générale
Médecin : 05 31 21 59 48
SOS Médecin : 05 31 21 59 48
23, Angle Avenue P. de Gaulle et Rue
Togo, Apt. 10 Océan, DABAT
Tél.: 05 31 20 30 38

Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

ID : 634039
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 248,00 DH



250
microgrammes
/50 microgrammes
par dose

proprionate de fluticasone/
salmétérol

SERETIDE



250

microgrammes
/50 microgrammes par dose

SERETIDE
proprionate de fluticasone/
salmétérol



Poudre pour inhalation en récipient unitaire
SYSTEME NON RECHARGEABLE



COMPOSITION :

Loratadine (DCI) 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose
Cet étui contient 15 comprimés dosés à 10 mg, soit 150 mg
de Loratadine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Lorix[®] 10 mg ○

15 comprimés



6 118000 280279

LOT:19105 PER:08/2022
PPV: 40,00 DH

Laboratoires **Steripharma**

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

voie orale

Lorix[®]
loratadine 10 mg

15 comprimés

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



sanoofi aventis

58,40

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536

COMPOSITION :

Loratadine (DCI) 10 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose

Cet étui contient 15 comprimés dosés à 10 mg, soit 150 mg de Loratadine.

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

Lorix[®] 10 mg 

15 comprimés



6 118000 280279

LOT:19105 PER:08/2022

PPV: 40,00 DH

Laboratoires *Steripharma*

Z.I Lina n° 347 Sidi Maârouf - Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

voie orale

Lorix[®]
loratadine 10 mg

15 comprimés

ALFATIL[®] 500 mg

CEFACLOR (Monohydrate)

LOT 190973

EXP 04 22

PPV 167.50 DH

12/12

**12 Comprimés
dispersibles**