

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-458079

ND. 5857

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 1853

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : DAKACH MED NAJIB

Date de naissance : 02/06/1953

Adresse : BLOC PT RUE NR4 MAISON NR 99

CITE DAKHLA ALADIR

Tél. : 0528229797

Total des frais engagés : 670,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

J. IAMINI JUJUN
OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE
Imm. Guermane N°5 1er Etage
Av. 29 Février Talborit AGADIP
Tél: 028 82 22 37

Date de consultation : 02/01/2020

Nom et prénom du malade : HADIANI SAIDA

Age : 60 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection OI

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 : ALADIR

Signature de l'adhérent(e) :

Y.MUPRAS
ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-458079

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 : 1853

Nom de l'adhérent(e) : DAKACH

Total des frais engagés : 670,20 Dhs

Date de dépôt :

RELEVE 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
07/11/2020			200 071	INP : [REDACTED] DR. TAHMIM LARIBI 070-RHINO-LARYNGOLOGIST Guermat N° 1er Etage Février Rabat AGAD Av. 29 Tel: 022 87 52 27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TAHMIM LARIBI 070-RHINO-LARYNGOLOGIST Guermat N° 1er Etage Février Rabat AGAD Av. 29 Tel: 022 87 52 27	21/11/20	408.40
	20/11/20	61.50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. TAHMIM LARIBI 070-RHINO-LARYNGOLOGIST Guermat N° 1er Etage Février Rabat AGAD Av. 29 Tel: 022 87 52 27			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DÉBUT D'EXÉCUTION [REDACTED]
				FIN D'EXÉCUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXÉCUTION [REDACTED]

ODF PROTHÈSES DENTAIRES

H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000 35533411	B	00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur TÂMIM Zoubida

Spécialiste O.R.L

Maladies et Chirurgie de l'Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie de la Face, du Cou, des Maxillaires
Exploration et Chirurgie de la Surdité
Exploration des Vertiges
Chirurgie du Ronflement



الدكتورة تميم زبيدة

إختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق والفك

تشخيص وقياس السمع

تشخيص الدوخة - جراحة الشخير

Agadir, le : 21/11/2020
أكادير في

168.90 Mme Hadiaoui Saïda
① Augment 1g 1 sachet x 21 j x 8 jrs.
40.00
② x Rizineg laek Sirap 100g x 31 j x 8 jrs.
Mo.00
③ Metamaz 2 pel x 21 j x 10 jrs.
90.50 puis 2 pel 1 j x 8 jrs.
④ I cani 40g up like keta
108.70

Rendez-Vous le :

05 28 82 22 37 عمارة كرمان، رقم 5 الطابق الأول، شارع 29 فبراير - تالبرجت - أكادير - الهاتف :

Imm. Guermane N°5 - 1^{er} Etage, Av. 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél.: 05 28 82 22 37



Docteur TAMIM Zoubida

Spécialiste O.R.L

Maladies et Chirurgie de l'Oreille, Nez, Gorge,
Chirurgie de la Face, du Cou, des Maxillaires

Exploration et Chirurgie de la Surdité

Exploration des Vertiges

Chirurgie du Ronflement



الدكتورة تميم زبيدة

اختصاصاتها في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق والفك

تشخيص وقياس السمع

تشخيص الدوخة - جراحة الشخير

Agadir, le 04/11/2020
أكادير في

Mme Hadioui Saïda

61.50

① Molnic 15 gr

NS

rep li pdt 8jrs

après repas

PHARMACIE AL MAMIA OUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSERHIR
61, AV. AL Mansour Eddahbi
Cité Dakha - Agadir
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 04200737

Dr. TAMIM Zoubida
OTO-RHINO LARYNGOLOGISTE
Imm. Guermane N°5 1er Etage
Av. 29 Février Talborjt AGADIR
Tél: 028 82 22 37

Rendez-Vous le :

05 28 82 22 37 عمارة كرمان، رقم 5 الطابق الأول، شارع 29 فبراير - تالبرجت - أكادير - الهاتف :

Imm. Guermane N°5 - 1^{er} Etage, Av. 29 Février - Talborjt - Agadir - Tél.: 05 28 82 22 37

14 comprimés sécables

Mobic® 15 mg



Boehringer Ingelheim

S. Béchouhi - Pharmacie de Sétif
B2, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
Fabricant par Boehringer Ingelheim

14 comprimés sécables

15 mg

Mefoxicam

Mobic®

Unité ment sur ordonnance

~~15 mg~~~~15 mg~~

BiOMYLASE®

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

ألفا أميلاز

شراب

عن طريق الفم

قارورة
125 مل

اليام

5 مل

لتر سيدر بربوزين

AFRIC-PHAR



• ARÔME •
MANDARINE

UILLERE
AFÉ (5 ml)
FOIS/JOUR

UILLERE
CAFÉ (10 ml)
FOIS/JOUR

UILLERE
JUICE (15 ml)
FOIS/JOUR

الصباح

الزوال

المساء

الندة

ICAM® 5mg

Boîte de 28 Comprimés

PPV: 90DH50

LOT: 146015 EXP: 08/2021



6 118000 071679

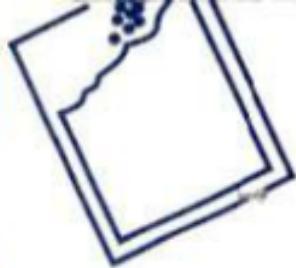
POLY MÉDIC

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

Upper

1g /125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg

Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 644494
PER: 12/21

