

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 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



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

Déclaration de Maladie

N° P19-

064702

55653

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2279 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENMAKHLOUF Rachid
Date de naissance : 29/03/54
Adresse : 294 ANAKIS II NAKHIL Sud
MARRAKECH
Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : 2262,80 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 : MALADIE CHRONIQUE RCH

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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 : 29/01/2016

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

16/01/21

2262,80 DHS

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

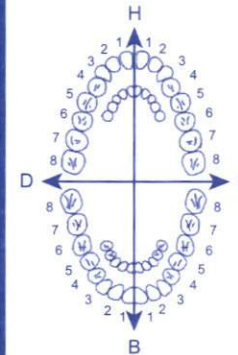
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

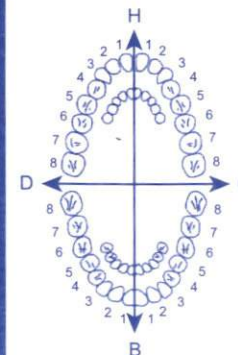
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme SEBTI Farida
219, Bd. Allal El Fassi Unité 4,
Daoudiate - Marrakech
Tél : 05 24 30 30 35
E-mail: faridasbt@gmail.com
RC : 40418



صيدلية أسيف
السبتي فريدة
219، شارع علال الفاسي الوحدة 4،
الداوديات. مراكش
الهاتف: 05 24 30 30 35
السجل التجاري: 40418

Marrakech le : 16/01/21 : مراکش في :

M^r: Benmakhlouf Rachid

Quantité	Désignation	Prix	Total
01	Cortancyl 8mg	22,80	22,80
02	pentasa (Cp)	581,00	1162,00
04	pentasa lavement	256,00	1024,00
02	librax	21,00	42,00
		<u>2262,80 DHs</u>	

PHARMACIE ASSIF
 Mme SEBTI Farida
 Docteur en pharmacie
 219, Boulevard El Fassi Loté 4
 Daoudiate - Marrakech
 Tél : 05 24 30 30 35

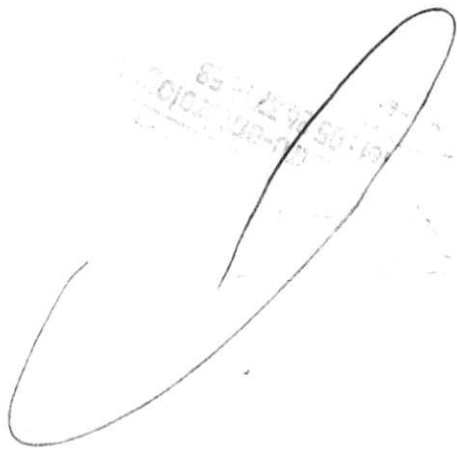
10-5

4) Librax \rightarrow X2
0 - 0 - 1 (x 3mors)

no 5) Beclerix sachet

1 - 1 - 1 (x 15d)

85-11-22-97 50-10-10
CIC 100-10-10



MALADIE CHRONIQUE

RECTO COLITE HÉMORRAÏQUE

Dr. Charaf Lalla Keltouma
Spécialiste En hépato-gastro-entérologie
et proctologie
Vidéo - Endoscopie Digestive
Echographie Abdominale



دكتورة شرف للاكلتومة
تصانية في أمراض الجهاز الهضمي
كبد و البواسير
فحص بالمنظار الداخلي
فحص بالصدى الصوتي

Mme/Mr Benmakhlouf Rachid Le : 02/07/2020

1) Solupred 2 mg
3 - 0 - 0

après 6 petit
Cx 38 mar

puis 2 cp + 1/2 - 0 - 0

(x 8 j) x

puis 2 cp - 0 - 0

(x 8 j) x

puis 1 cp + 1/2 - 0 - 0

(x 8 j)

puis 1 cp - 0 - 0

(x 8 j)

puis 1/2 cp - 0 - 0

(x 8 j)

1 x puis Cortancyl 5 mg :

1 - 0 - 0

(x 10 j)

1/2 - 0 - 0

(x 10 j)

x2

587,5

2) Pentasa cp 500 après rep

337,5 2 - 2 - 2

Cx 3 m

256 x 4

3) Pentasa Lavement 1g

0 - 0 - 1

Cx 2

Disponible sur www.dabadoc.com

شقة 88, الطابق الاول, بلوك 1, إقامة البساتين, شارع كماسة, المحاميد - مراكش.

Appartement 88 1er étage, Bloc 1, Résidence Al Bessatine, Avenue Guemassa, Mhamid, Marrakech

PENTASA 1g/100ml
Suspension rectale
Boîte de 5 flacons de 100ml
PPV:256,00 DH
AMM N° 40 DMP/21/NRQ
Distribué par SOTHEMA-Bouskoura



02 2020
S10627AA
01 2022

EXP:
Lot:
FAB:

تاريخ انتهاء الصلاحية:
المصنع:
تاريخ الإنتاج:

PENTASA 1g/100ml
Suspension rectale
Boîte de 5 flacons de 100ml
PPV:256,00 DH
AMM N° 40 DMP/21/NRQ
Distribué par SOTHEMA-Bouskoura



02 2020
S10627AA
01 2022

EXP:
Lot:
FAB:

تاريخ انتهاء الصلاحية:
المصنع:
تاريخ الإنتاج:

PENTASA 1g/100ml
Suspension rectale
Boîte de 5 flacons de 100ml
PPV:256,00 DH
AMM N° 40 DMP/21/NRQ
Distribué par SOTHEMA-Bouskoura



02 2020
S10627AA
01 2022

EXP:
Lot:
FAB:

تاريخ انتهاء الصلاحية:
المصنع:
تاريخ الإنتاج:

PENTASA 1g/100ml
Suspension rectale
Boîte de 5 flacons de 100ml
PPV:256,00 DH
AMM N° 40 DMP/21/NRQ
Distribué par SOTHEMA-Bouskoura



02 2020
S10627AA
01 2022

EXP:
Lot:
FAB:

تاريخ انتهاء الصلاحية:
المصنع:
تاريخ الإنتاج:

PENTASA 500 mg

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



Respecter les doses prescrites

يجب احترام

الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

liste II

القائمة II

PENTASA 500 mg

100 comprimés

PPV : 587.00 DH

AMM N° 38 DMP / 21/NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1,27182 Bouskoura



Respecter les
doses prescrites

يجب احترام
الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
liste II

القائمة II



Cortancyl® 5mg
30 Comprimés

NE PAS LAISSER NI A LA PORTEE
NI A LA VUE DES ENFANTS.
Lire attentivement la notice
avant utilisation.

احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Cortancyl® 5mg
Prednisone

22,80

COMPOSITION :
Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg
Chlordiazépoxide 5 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé dragéfié
Excipients à effet notoire :
Lactose et saccharose.
Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéfiés



DT:20149 PER:09/2023
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

Meda

COMPOSITION :
Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg
Chlordiazépoxide 5 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé dragéfié
Excipients à effet notoire :
Lactose et saccharose.
Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg ~~⊗~~

30 comprimés dragéfiés



LOT:20149 PER:09/2023
PPV:21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable