

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, parodontologie 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 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

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° W21-766973

152673

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FRIQUINE ISMAIL
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 10 88 501 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Bahal El Meskini - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

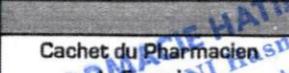
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : FRIQUINE ISMAIL Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection Respiratoire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : Le : 21 / 02 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/2/2023	49690

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

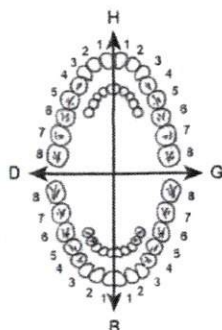
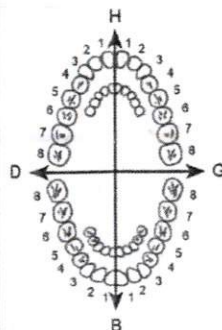
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين ادريسي محمد

نوبل بفرنسا

الجهاز التنفسي

- داء السل

نفس الشيخير

Casablanca le : 21/02/2023

MR IFRIQUINE ISMAIL

- 4000
87,30
87,30
5280
2950
150,00
- Effipred 20 mg
3 cp le matin pdt 5 jours
 - Monozeclar 500
1 cp par jour pdt 10 jours
 - Ventoline Spray
2 bouffées 4 fois par jour 8 jours
 - Prazol 20 mg
1 gélule avant le repas 10 jours
 - Fitopolis
1 cas 3 fois par jour
 - Flixotide 250
2 bouffées matin et 2 bouffées le soir . se rincer la bouche après . 15 jours
 - Andol 1000
1 cp trois fois par jour 3 jours
 - VIT C 1000
1 cp matin 10 jours
- 448,90

PHARMACIE HATIM
Dr. OTHMANI Hasnaa
127, Rue Prince My Abdellah
Casablanca - Tél: 05.22.22.68.07
INPE: 092030618

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd RAHAL EL MASKINI - Casablanca
Tél: 0522 44 83 71 / 0522 44 83 71

Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

PPV : 52DH80
PER : 03/25
LOT : L3553-2



14
gélules

Voie orale

b

102, Allée des Capucins
S. Blachouche

Microgranules g

®

فُتُو بُلَيْسُ

محلول للشرب



للکبار



صمغ النحل
الإيكيناسيا
الزعر
فيتامين C

يساعد على تهدئة
المجاري التنفسية
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO
PHARMA



Contenu net: 150 ml

Lot: 220224
A consommer
de préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,50 DH

gsk GlaxoSmithKline

60 doses

Suspension pour inhalation

Flixotide® 250

Flixotide® 250

**Fluticasone
250 microgrammes**

Suspension pour
inhalation en flacon
pressurisé

**NOUVEAU GAZ
PROPULSEUR**

60 doses

Flixotide® 250

Fabriqué par :
Glaxo Wellcome Production,
27000 Evreux - France

Respecter les
doses prescrites

Uniquement sur
ordonnance - Liste I



GlaxoSmithKline

10000000097680

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100^{mcg}
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



ID: 648554
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 150,00 DH
6 118001 140336

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé

Ve

Co

de

Ni

C

LIP

NC

Ne

de

AG

À c

ne

Ré

nr

e

jete

20



20



20

20

EFFIPRED®

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 17