

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 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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Ho
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° W21-714456

156131

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11689 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AIT BAHADDOU SAÏDA

Date de naissance : 12-09-1972

Adresse : Jamila 5 Rue de N° 5 C D. Casa.

Tél. : 06-60-46-97-64 Total des frais engagés : 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

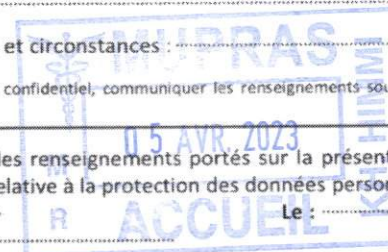
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

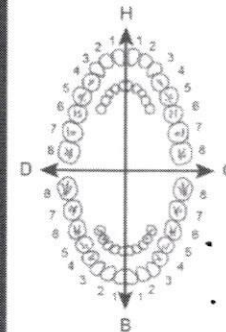
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

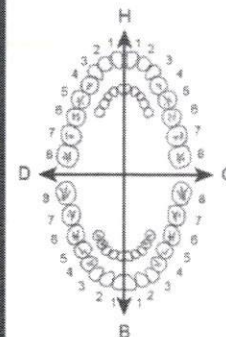
| H | | G | |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| D | | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |
| | B | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amina ARROUBI

OMNIPRATICIENNE

Ancien Médecin Chef de Centre de Santé Sbata
Diplôme Universitaire
Gynécologie (Colposcopie, Infertilité)
Diabétologie - Echographie
Spécialiste en Médecine du Sport

الدكتورة أمينة عروبي
الطب العام

طبيبة رئيسة سابقة بالمركز الصحي سباتة
حاصلة على دبلومات جامعية
طب النساء (فحص عنق الرحم، تأخر الإنجاب)
مرض السكري - الفحص بالصدى
أخصائية في الطب الرياضي

Mr (Mme)

RAJE ZIVANE

Le

30-01-23

139,50 1) Zivloxy

058

16,00

2) Andol-ntc

99,00

3) Additiva vitel

59,00

4) Eucerin

314,00

شارع وادي الذهب، جميلة 5، زنقة 181 رقم 55 أمام صيدلية سكيبة

Tél./Fax: 05 22 56 56 46 - Email : dr.amina.arroubi@gmail.com

Avenue Oued Dahab, Jamila 5 rue 181, N° 55, enface pharmacie skiba

En cas d'Accident (Causes et Circonstances).

| Dates | Désignations | Montant | Cachet et Signature du praticien |
|-------|--------------|---------|-------------------------------------|
|-------|--------------|---------|-------------------------------------|

1505H

Dr. Arina GARCUBI
Omar ASTIANA
Jamilia S
Asesoría de
Calle 181, Pinar del Río - Cosablenca
TEL/Fax: 0522 56 56 46



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0002138180/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion
AtlantaSanad

128

Date de
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

2578

N° de police / N° de filiale

20/64

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

RAJI MOUSSA

N° CIN

BH528950

Nom et prénom du malade

RAJI IMANE

Lien de parenté

MA fille

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

454,00 DH

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

RAJI MOUSSA

Matricule :

2578

CIN :

N° de police / N° de filiale :

20/64

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 454,00 dh

Date de dépôt : 14.02.2023

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

Date des soins : 30/04/23

(si ouverture par système)



AS0002138180/20

**DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE**

Contrat N° : 004.2020.00000064-00 Ste Contractante : LEONI WIRING SYSTEM Soins du : 30/01/2023
Adhésion N° : 00001209 Adhérent(e) : RAJI MOUSSA Sinistre N° : 040.2023.00080802
Malade : E004 - IMANE Déclaré le : 24/02/2023 Date Règlement : 06/03/2023
N° Règlement : 2023039056

| Nature Prestation | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement | | | |
|-----------------------------|---------------------|------------------|---------------------------|--------------|---------------------|
| | | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%) / Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| CONSULTATION DE GENERALISTE | 150.00 | 0.00 | 150.00 | 80.00 | 120.00 |
| Pharmacie | 314.00 | 0.00 | 314.00 | 80.00 | 251.20 |
| Totaux | 464.00 | 0.00 | 464.00 | | 371.20 |
| Dossier N° : 2909590 | | | Règlement Compagnie (Dhs) | | 371.20 |

Observation(s) :

Signature de l'adhérent(e)

**DECOMPTE DE PRESTATIONS MALADIE**

Contrat N° : 004.2020.00000064-00 Ste Contractante : LEONI WIRING SYSTEM Soins du : 30/01/2023
Adhésion N° : 00001209 Adhérent(e) : RAJI MOUSSA Sinistre N° : 040.2023.00080802
Malade : E004 - IMANE Déclaré le : 24/02/2023 Date Règlement : 06/03/2023
N° Règlement : 2023039056

| Nature Prestation | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement | | | |
|-----------------------------|---------------------|------------------|---------------------------|--------------|---------------------|
| | | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%) / Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| CONSULTATION DE GENERALISTE | 150.00 | 0.00 | 150.00 | 80.00 | 120.00 |
| Pharmacie | 314.00 | 0.00 | 314.00 | 80.00 | 251.20 |
| Totaux | 464.00 | 0.00 | 464.00 | | 371.20 |
| Dossier N° : 2909590 | | | Règlement Compagnie (Dhs) | | 371.20 |

Observation(s) :

Signature de l'adhérent(e)

أنثرويكس

التهتك والتكلم :
طية من 10 أقراص تتصل

التركيب :
البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)
البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)

بدون كحول

LOT 106261/FC38
PER 08/2025
PPC 59.50

البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)
البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)

البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)

البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)

البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)

البروفين (80مغ غروب) جصن أسكرين (10مغ غروب) س (10)

3. tablettes

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés
Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ANDOL® C 500mg/300mg
Comprimés Efficace - Boite de 10 - Paracétamol/Acide ascorbique

ADDITIVA
Vital



Multivitamines - Minéraux
Oligo-Éléments
+ Extrait de Ginseng

02.2025
L22001

ADDITIVA
Vital



026466 060217

PPC: 99DH00

Alimentaire précieux, constitué essentiellement de...

comprimé pelliculé
voie orale

Zivlo

Zivlox 400 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410041

Veillez lire attentivement l'intégralité
prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin.
- Si vous avez toute autre question, demandez plus d'informations à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même s'il semble identique, cela pourrait lui être nocif.
- si l'un des effets indésirables devient grave, consultez votre médecin ou un autre professionnel de santé.
- un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

la douleur et le gonflement de la région d'un tendon.
- vous ne pouvez pas bouger la région d'un tendon.

LOT: M0626
PER: 11/2023
PPV: 139,50DH

حق حيفا للصيحية
في صيدلي مسؤول

touchant la région d'un tendon.
- vous ne pouvez pas bouger la région d'un tendon.