

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0036102

☒ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1533 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600643793 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



20.03.23

148,40

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 :

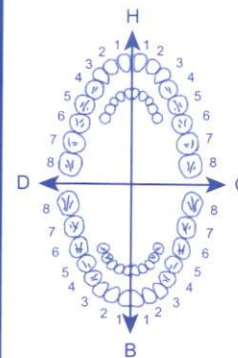
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

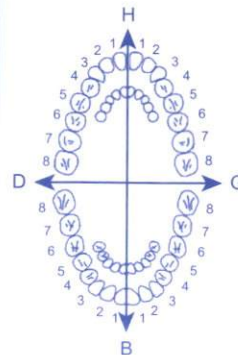
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

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

Docteur Rachid TOUIJAR
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر
طبيب جراحى للأسنان

CASABLANCA ,LE : 20/03/2023

Mlle TAFROUTE AYA

60.00

COTIPRED 20 MG

3 CP PAR JOUR EN 1 SEULE PRISE



75.50

BISPIRAZOLE

1 CP X 3 FOIS PAR JOUR



14.00

DOLIPRANE 1000

1 CP X 2 FOIS PAR JOUR



18.90

BUCCOTHYMOL

BAINS DE BOUCHE 2 . 3 FOIS PAR JOUR



148.40



Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d'Azemmour 156 - Casablanca
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

09/22
100321

COMPOSITION :
Paracétamol 1000 mg
Excipients qsp un comprimé
INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles qu'aux maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, la douleur de l'arthrose.
Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit environ à partir de 15 ans).

التركيبه :
باراسيتامول 1000 ملغ
سواغات كمية كافية لفرض واحد
دواعي الاستعمال : يتم استخدامه لعلاج الآلام أو الحمى على سبيل المثال في حالة الصداع والالتهابات والآلام الأسنان وآلام الجسم وآلام الدورة الشهرية وآلام المفاصل.
هذا التقديم مخصص للبالغين والأطفال من 50 كغ فما فوق (حوالي 15 سنة).

CEP/CCO

PPV: 14DH00
PER: 02/26
LOT: MS47

Doliprane®

Paracétamol 1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

Doliprane®
Paracétamol
Adultes
10 Comprimés sécables

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un grand verre d'eau.

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice.

Tenir hors de portée et de vue des enfants.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

طريقة الاستعمال :

عن طريق الفم

إبلع الأقراص مع كوب كبير من الماء.

اقرأ النشرة بعناية.

يحفظ بعيدا عن متناول ورأي الأطفال.

b

bottu, n.

82, Allée des Casuarinas - Ah Sefla - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

45X18X97

دوليببران®

باراسيتامول

10 أقراص قابلة للكسر

1000 ملغ

Doliprane® 1000 mg

Paracétamol

10 Comprimés sécables



للكبائر

الأوجاع و الحمى



6 118000 040972

15 Comprimés sécables

BISPIRAZOLE®

Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

Voie Orale

b bottu s.a



COMPOSITION

Spiramycine 1 500 000 U.I
Métronidazole 250 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé sécable

BISPIRAZOLE®

Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

15 Comprimés sécables



6 118000 040934

100013
03/15



bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

15 قرصا قابلا للكسر

بيسبيرا زول

سبيراميسين 1,5 م و د و ميترونيدازول 250 ملغ

عن طريق الفم

b بوتلي غم



POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Adulte : 2 à 3 comprimés par jour.

INDICATIONS, MISES EN GARDE SPECIALES

Se reporter à la notice intérieure.

AMM N° 1379 DMP/21/NNP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

97x45x30

بوتلي غم
82 ممر الكازباريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشي - صيدلي مسؤول



BISPIRAZOLE®
Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

PEV: 75DH50
PER: 10/24
LOT: 13585



بيكو تيمول

بالليدوكاين

قارورة 150 مل

محلول غسول للفم
غرغرة

18,90



Cotipred®

prednisolone

(métsulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

18

20 mg

(métsulfobenzoate sodique)

Cotipred®

كوتبرد®

بردنزلون
(ميتاسلفوبنزوات صودي)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métsulfobenzoate sodique)
Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 02 / 26

LOT: M383

b

bottu
82, Allée des Caissières - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

100165
05/14