

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

- 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° W21-699249

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 708 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : SAD Abdelkader
 Nom & Prénom :
 Date de naissance : 3-10-44
 Adresse : la même 172564
 Tél. : 0671 400 496 Total des frais engagés : 754,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Majida BELQADI OUEZZANI
 Médecine Générale
 Bloc 8, N° 23 Youssoufia Gharbia
 Tél. : 05 37 65 59 97 - Rabat
 Date de consultation : 26/06/2023
 Nom et prénom du malade : SAD ABDELKADER 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, commander le 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 : RBA Le : 23/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
26/06/23	c		G	INP : 121218453 ELQADIR OUBALAH Médecin Généraliste 3 Youssoufia Ghazal 55 59 77- Rabat

INP :

~~_____~~

[illegible]

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 :

Veillez 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 : <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																	
	<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> <td>D</td> <td>G</td> </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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI

Médecine Générale

Echographie

Dietétique médicale - obésité

Université de Montpellier

Bloc 8; N° 23 Youssoufia Gharbia

Tél. : 05 37 65 59 97

ULTRAC

الدكتورة مجيدة بلقاضي الوزاني

الطب العام

إيكوغرافي

طب التغذية والسمنة

مجموعة 8 رقم 23 اليوسفية الغربية

الهاتف : 05 37 65 59 97

SAD.

Rabat, le 26.06.23 في الرباط, *belqadi*

14x50
82W Bayle 20

14 24 15 x 145

14 15 x 145

64.10 x 2
Axi mey 15

14 24 15 x 145

39.90 x 2 20 20 14

24 15 x 145

160.00 x 2 20 20 14
754.67

50 24 15 x 145
Dr. Majida BELQADI OUEZZANI
Médecine Générale
Bloc 8; N° 23 Youssoufia Gharbia
Tél. : 05 37 65 59 97

I.N.P. : 101019453

TAJR ANNAER

44 ZETA 6E

RAEPER. 2/5 14J

1/NaHy

1/ Socr

14^{ec} Jurares

1cm / J

Axy m. am

21/5 MoS.

MYDARCE

2/5 14J

M/S

CAST

2/5

14J

Q# abd - ~~Abdsad gm@gmail.com~~
- ~~0310 4462~~

ANTIBIOTIQUE

CLARIL® 500 mg

Clarithromycine



14

Comprimés

Voie orale



GALENICA

CLARIL® 500 mg

Boîte de 14 Comprimés

Lot N° / Date Per. :

ECLBZ1V1FA

Composition :

Clarithromycine 500 mg.

Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF

مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

مضاد حيوي



كلاريل® 500 ملغ

كلاريترومييسين

Lot : L0165

Fab : 01/23 Per : 01/26



جالينيكا

عن طريق الفم

قرصا

14

يحفظ في أقل من 25 درجة مئوية

Conserver à une température inférieure à 25°C

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المضاد برو كيفية الإستعمال :
اقرأ البيان داخلهIndications - Contre-Indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.Liste I
Uniquement sur ordonnanceالمسؤول
Respecter les doses prescritesDr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

DGMCO

Lot N° / Date Per. :

كلاريل® 500 ملغ
علبة من 14 قرصا

نيدازول[®] 500

ميترونيدازول



• مضاد للجراثيم
• مضاد للطفيليات



للکبار
6+ سنوات

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبر فارما 5

20 قرصا
عن طريق الفم

Composition :
Chaque comprimé contient :
Métronidazole.....500 mg
Excipients q.s.p.....1 comprimé
Excipients à effet notoire : lactose
التركيب :
ميترونيدازول 500 ملغ
سواغ كمية كافية لقرص واحد
لائحة سواغ ذات تأثير معلوم : لاكتوز

Liste I
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
احترم المقادير المعينة

A.M.M. : 64 DMP/21/NRQ
Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable



A16492

68x22x95

Nidazol[®] 500

Métronidazole



Adulte
+ 6 ans

• Antibactérien
• Ant

LOT : 1868
PER : 07-26
P.P.V : 39 DH 90



20 comprimés
Voie orale

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبر فارما 5

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS,
PRECAUTIONS D'EMPLOI, POSOLOGIE :
Voir notice intérieure.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

*Adulte et enfant à partir de 6 ans.

1	2	3	4
Durée	Matin	Midi	Soir

دواعي الإستعمال، موانع الإستعمال،
احتياطات الإستعمال، المقادير :
أنظر النشرة.
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.
للکبار و الأطفال ابتداء من 6 سنوات.

Fleximat

5

02/2016-B

Raciper®
Esomeprazole magnesium

14 Comprimés gastro-résistants
Voie orale

20 mg

Composition:
Esomeprazole magnésium.....20.700mg.
Equivalent à Esoméprazole.....20.000mg.
Excipients: q.s.p. un comprimé gastro-résistant.
Excipient à effet notoire: saccharose.
Indications, Contre-Indications, Posologie.
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur.
Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
dans l'emballage d'origine.

راسيبير
إزومبرازول المغنيزيوم

RACIPER® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



Médicament Autorisé N°: 393/15DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste II)

Fabrique par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITEI
Village Ganguwala, Tehsil Paonta Sahib,
Distt. Sirmour - 173 025, Himachal Pradesh, Inde

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070, Casablanca

PPV: 82 DH 10

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/952

14 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

20 mg

Raciper®
Esomeprazole magnesium



Lot: PTC6176A
EXP: 10/2023



التركيبة
إزومبرازول المغنيزيوم
ما يعادل من
الأسيد

Avaler le comprimé
tel quel avec 1/2
verre d'eau
ou
Dissoudre le comprimé
dans 1/2 verre d'eau
avant ingestion

حلل القرص في نصف
كوب من الماء قبل البلع

AXIMYCINE® 1g
14 comprimés dispersibles



احتفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية في العلبة الخارجية بعزل عن الرطوبة
A CONSERVER A UNE TEMPERATURE NE DEPASSANT PAS 25°C DANS L'EMBALLAGE EXTERIEUR A L'ABRI DE L'HUMIDITE
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS
يحفظ بعيداً عن متناول وعمرى الأطفال
مسابير المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زنقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
Laprophan
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

للبروفان



أكسيميسين
أموكسيسيلين

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

LOT 20006 3
EXP 01/2025
PPV 64DH10

معلومات إضافية
لاستخدام الدواء

FORMULE :
Amoxicilline 1 g
(sous forme d'amoxicilline trihydraté compactée)
Excipient q.s.p. 1 comprimé dispersible
Cette boîte contient 14 g d'amoxicilline
Voie orale.
INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MISES EN GARDE SPECIALES
ET PRECAUTIONS PARTICULIERES D'EMPLOI : Voir notice
POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :
Se conformer à la prescription du médecin

تركيبة الدواء :
أموكسيسيلين
(على شكل أموكسيسيلين تريهيدرات مضغوط)
السواغ ما يكفي لـ قرص واحد متحلل
تحتوي هذه العلبة على 14 غ من الأموكسيسيلين
عن طريق الفم
دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - تحذيرات خاصة
واحتمالات الاستعمال ، انظر النشرة
الجرعات وكيفية الاستعمال ،
حسب إرشادات الطبيب

AMM N° 542/19 DMP/21

IMPRIMEUR
03/20

Laprophan



AXIMYCINE®
Amoxicilline

أكسيميسين
14 قرصا متجلا

210519F56037E270120