

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-766653

184186

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1835 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AHMADOUN KHALID

Date de naissance : 28/10/1968

Adresse : HAY AL BOUGHARZ, AV. MLY TAHAR BEN ARDELKRIM

RUE 39 N° 02 TANGER

Tél. : 0666824173 Total des frais engagés : 500,80 + Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Docteur Med. Rachid KADRI  
Médecine Générale  
12, Av. Aicha el Mousaoui  
Beni Makouda TANGER  
Tél. : 05 9 503 51  
INPE: 16108285-05 302: 2355300067

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 Nov 2023

Nom et prénom du malade : AHMADOUN KHALID

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : TANGER Le : 22/11/2023

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

### 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

Autorisation CNDR N° : A A 215/2013



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
22 Nov 2013		C	2000	INP : <b>INPE : 1610928</b> Docteur Med. Rachid KADIRI Médecine Générale El Mousaïbir

INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
INPE : 161092854  
Kecamatan KADIRI

INPE : 10100  
Docteur Med. Rachid KADIF  
Médecine Générale  
Aïcha Al Mousallir  
TANG

Tel: 05 39 95 03 51  
20254 - ICE: 002183553030387

INVENTAIRE 161082854  
Montant de la Facture

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

22/11/23

300 80 0 0 10

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

**PHARMACIE IBRAHIM ELISS**  
Ben Abdelkrim  
29, Rue Tahar Ben Abdelkrim  
Boughaz - TANGER  
Tél : 05 39 95 81 25

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

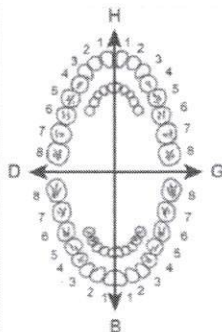
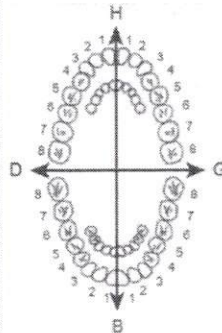
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 : <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"/>								
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

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.

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

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées[illegible]

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

2553341

2 | 21433552

2

- G

00000000

0	00000000
---	----------

11

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Med. Rachid KADIRI

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE GENERALE

12 AV. AICHA AL MOUSAFIR

BENI MAKADA - TANGER

Tél.: 05 39 95 08 51

الدكتور محمد رشيد القادري

الطب العام

الفحص بالموجات ما فوق الصوتية

12 شارع عائشة المسافر

بني مكادة - طنجة

هاتف العيادة: 05 39 95 08 51

Tanger ; le : 22 Nove 2023 : طنجة في

Ahmadou KADIO

2360

② Typerin  
jus 21



168.20

② Augmentin  
jus 22



6900

② Docivox min  
jus 1



40.00

② Prelnies  
24ml



Total. 30480

PHARMACIE IBRAHIM  
29, Rue Tahar Ben Abdelkader  
Boughaz - TANGER  
Tél : 05 39 95 81 25





23,60

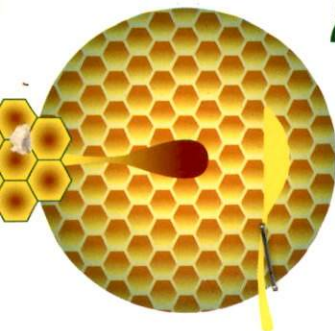


LOT: 230060  
DLUG: 01/2026  
69.00DH

Deva

200 ml

**DociVox**  
Sirop naturel



**AUGMENTIN**  
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH

LOT: 652146

PER: 04/25



**PREDNI 20**

Cooper — Prednisolone

**20 mg**  
Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescent  
séables / Scored  
effervescent tablets

20 x

DURÉE: 24h  
MORNI: MATIN  
NOON: MIDI  
EVEN: SOIR

**COOPER**  
PHARMACIA

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
41, شارع محمد البوري 20110 الدار البيضاء المغرب  
مسئول الصيدلاني: أمينة الداوي

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

