

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

M22- N° 001566

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10914 Société : ROYAL AIR Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAFID Habima  
Date de naissance : 24/10/1976  
Adresse : 151 Bd N°5 - Benachid  
Tél. : 0662.682678 Total des frais engagés : 87,9 + 150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/2023  
Nom et prénom du malade : HAFID HAKIMA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection chronique  
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 : Benachid Le : 31/10/2023  
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
31/10/23	C5		150DH	 <p>Dr. MAHMOUD ABDELHAK Omnipraticien 183, rue Mohamed 5 (ex route de boukroun) - 5ème étage N° 5 - Berrechid Tél: 05 22 33 68 60</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

Pharmacie Berrechid  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V - Berrechid  
Tél : 0522324068

31/10/23

8790

# 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      Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

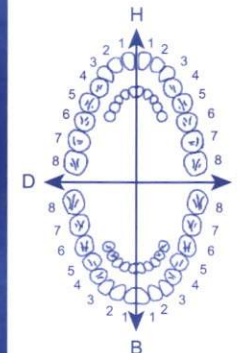
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

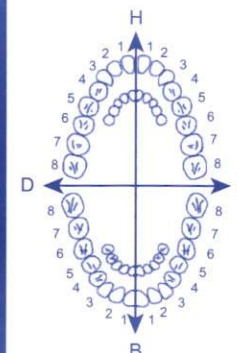
CCEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Iman MAHMOUD ABDELAAL الدكتورة إيمان محمود عبد العال

Ancien Médecin interne au CHU IBN ROCHD  
Gynécologie - Infertilité - Échographie

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد  
أمراض النساء - العقم - الفحص بالصدى

Omnipraticienne

ima

طبيبة

31/10/23

CABINET MÉDICAL

HAFOI

HAKITIA

Laser

Led

PRP

Peeling

Botox

Comblement

Mesotherapie

87.90

- Ew clon 1g AS  
15 x 2 f 1/2

Pharmacie Berrechid  
Halima Marrakchi Pharmacienne  
93 Med Mohamed V Berrechid  
Tél : 0522324068

Dr. Iman MAHMOUD ABDELAAL  
Omnipraticienne  
183, Bd. Mohamed 5 (ex route de  
Bouskoura) 3<sup>ème</sup> étage N° 5 - Berrechid  
Tél : 05 22 33 68 60

183 شارع محمد الخامس (طريق بوسكورة) - الطابق الثالث . رقم 5 - برشيد  
183 BD Mohamed 5 ( Ex Route Bouskoura) 3<sup>ème</sup> étage N° 5 - Berrechid  
الهاتف : 05 22 33 68 60 / 05 22 33 68 60



**ECOCLAV® 1 g/125 mg**  
**ECOCLAV® 500 mg/62,5 mg**

Amoxicilline/Acide clavulanique  
Poudre pour suspension buvable en sachet-dose  
Boîtes de 12, 16 et 24 sachets

Veul  
méd  
• Ga  
• Si  
m  
• Ce  
d'  
m  
• Si  
in  
o

Lot N° : 22033  
Exp : 04/25  
PPV : 870450

Dans

1. Qi
2. Qi
3. Ci
4. Qi
5. coi
6. Inf

1 - Qu

Classe

Ecoclav  
contient des

L'amoxicilline  
qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactives)  
actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

**INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES :**

Ecoclav est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter les infections suivantes :

- Infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- Infections des voies respiratoires,
- Infections des voies urinaires,
- Infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- Infections des os et des articulations.

**2 - Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser Ecoclav ?**

**Liste des informations nécessaires avant la prise du médicament**

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains sucres, contactez-le avant de prendre ce médicament

**CONTRE-INDICATIONS :**

**Ne prenez jamais Ecoclav, poudre pour suspension buvable en sachet-dose :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans Ecoclav.
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

**Ne prenez pas Ecoclav si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.**

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre Ecoclav.

**Précautions d'emploi; mises en garde spéciales**

**Faites attention avec Ecoclav poudre pour suspension buvable en sachet-dose :**

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce

médicament  
• Souffrez de  
• Êtes traité(e)  
• N'urinez pas  
En cas de doute  
avant de prendre  
Dans certains cas  
responsable  
Selon le

warfarine) so  
supplémenta  
Ecoclav peut  
traiter le can  
Ecoclav peut  
prévenir le re  
**Utilisation p**  
Si vous êtes  
vous devez e  
Demandez c  
quelconque r  
**Enfant :**  
Sans objet.  
**Aliments et**  
Sans objet.  
**Sportifs**  
Sans objet.  
**Effets sur l'a**  
**machines**  
Ecoclav peut  
capacité à co  
**3 - Comm**  
**Instructions**  
Sans objet.  
**Posologie, M**  
**d'administra**  
**POSOLOGIE**  
**Adultes et e**  
• Dose habitu  
• Dose inférie  
**Enfants pes**  
Les sachets E