

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 canalaires, 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 canalaires.

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.

M23- 021110

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12617

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mohamed Nabil

Date de naissance :

01/03/1988

Adresse :

Idem

Tél. 066308408

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



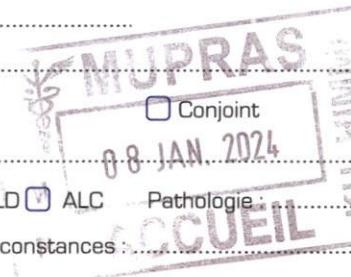
Date de consultation : / /

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 : Casablanca

Le : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | |
| | | | | Coefficient des travaux | | | | | | | |
| | | | | Montants des soins | | | | | | | |
| | | | | Date du devis | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1604395

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : 12617

Matricule : Fonction : Poste :

Adresse :

Tél. : Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Nom & Prénom du patient : M. MIKLASS Nisrine Age :
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : gymie + Toux

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A : casab, le : 08 DEC 2023

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

DR. S. MIKLASS
104, Rue Mimouza Bld Erraha
Tel: 05 22 55 58 9 Casablanca

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 1604395

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé :

Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 11/06/2023 | 19 | 01 | 200,00 | Dr. SADIK FOUCET Médecin 4, Rue Mimont à Hay El Chaïba 2016589 Casablanca |
| | INDE: 091122440 | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie Des Clubs ESSAADOUNI Yasmine 8 Rue Annasrine- Beausejour Casablanca- Tel: 0522 36 26 2 | 08/12/25 | 517.95 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|--------------------|--------|-------|-------|-------|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|
| | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANT 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">G</td> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p style="text-align: center;">DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

دكتورة صديق فوزية

الطب العام
الفحص بالصدى

104. زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)
الطابق الأول - بوسيجور
الدار البيضاء - الهاتف : 36.58.91 22 05

Casablanca, le : 08 DEC 2023 الدار البيضاء ، في :

Dr ESSAADOUNI Yasmin
Pharmacie Des Clubs
18 Rue Amasmine, Casablanca, Tél. 15-11-11

Dr ESSAADOUNI Yasmine
18 Rue Annasine, Beausejour
Agmamca Tel: 0522 36 26 32

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine

voie orale

15 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

15 أقراص
ملمسة

LOT : 098-1
PER : JAN 2024
PPV : 51 DH 70

ID:648963

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 115,00 DH

9
118001142262

Liste I - Uniquelement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Médicament autorisé n°3400938322446

France Laboratoire GlaxoSmithKline

Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation

Suspension pour pulvérisation nasale

Furoate de fluticasone



DociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES

(*Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre*)

**Maux de gorge
Enrouements passagers**

x20

Goût menthe - miel - citron

paise et dégage les voies respiratoires
doucit la gorge irritée en cas de toux
enforce les défenses naturelles

LOT : 230818
DLUO : 09/2026
69,00 DH



Deva

Laboratoires Pharmaceutique
LOUAIDI Pharmacie Pharmacie

PPV : 138,30 DH
LOT : 652789
PER : 04/25

AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

ADULTE

500mg/62,50mg
Comprimé

أو غمنتان
أبروكسيتين / حمض الكلافولازيك
أقراص ملبيدة

32 Comprimés
Pelliculés

32 قرص ملبيس



1 Prise = 2 Comprimés = 1g
Voie Orale

جرعة واحدة = قرصين = 1g
عن طريق الفم

LOT 23.119/FC24
04/2026 PPC 112,00

MATERVit®

Multi vitamines / Multi minéraux

Jour & Nuit



120 ml

sirop

Médufitazine

Primalan®

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بمرجوب وصفة طبية . لائحة ا

Lire la notice avant utilisation.

يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.
يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال.

PER.:09 2024

LOT : 22E010

PRIMALAN
SIROP FL 120 ML
O

6
P.P.V : 31DH90
1180000 011347



PIERRE FABRE MEDICAMENT

Fabriqué sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,
Zenata, Aïn Sebaâ, Maroc.