

## 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° W21-777489

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9562

Société :

ROYAL AIR MAROC

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

KHOUYI BABA AIL

Date de naissance :

13-4-70

Adresse :

31 Rue Kentra

Tél. :

0661147604

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. AHNENNAI Lahoucine  
Omnipraticien-Echographie  
Diabète - Maladies du cholestérol - Obésité - Régimes  
Angle Rd la Résistance - Palestine Imm 224  
1er Etage Apt 1. Mohammedia  
Tél. 05 22 22 22 20

Date de consultation :

28/12/2023

Nom et prénom du malade :

KHOUYI BABA AIL

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

MTA + Mycose

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 :

28/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



| 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  |
| 28/12/23                       | Consultation      |                       | 2,50                            | INPE 097100167<br>Dr. Anne Marie<br>Omnipraticien<br>Dentiste, Médecin du Cheval, D. P. 100<br>N° 097100167<br>14, Rue de la République<br>93100 La Courneuve |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |
|                                |                   |                       |                                 |   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie Amal S.A. au<br>Villeneuve - 14, rue de la République<br>93100 La Courneuve - 01 49 20 76 00 | 28/12/23 | 407,70                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

| 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 |
|                                  |                | 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 :<br>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                                       | INP : <input type="text"/>  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   |  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <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> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H   |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |
|   | H  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 25533412   | 21433552         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | D  | G                |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 00000000   | 00000000         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | 35533411   | 11433553         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | B  |                  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>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 |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |  |

# Dr LAHOUCINE AHNENNAI

Médecin qualifié en : Diabétologie - maladies du  
Cholestérol - Nutrition- Obésité - Régimes - ECG

Prévention et Prise en charge Pied diabétique

Echographie - omnipraticien

Diplôme Universitaire 3<sup>ème</sup> cycle en Diabétologie  
Diplôme Universitaire 3<sup>ème</sup> cycle en Pied diabétique  
Diplôme Universitaire 3<sup>ème</sup> cycle en Nutrition Obésité et ses complications métaboliques.

De la Faculté de médecine de Montpellier France.

Prévention, Dépistage et prise en charge Pied diabétique

Exploration neurologique du pied/gradation du risque

Exploration vasculaire au doppler du pied/IPS

الدكتور اهنياني الحسين

داء السكري أمراض الكولسترول

التغذية - السمنة - الحمية

الطب العام التشخيص بالصدى - تخطيط القلب

دبلوم جامعي السلك الثالث في داء السكري

دبلوم جامعي السلك الثالث في قدم السكري

وقاية تشخيص وعلاج قدم السكري

دبلوم جامعي السلك الثالث في التغذية السمنة

ومضاعفاتها

من كلية الطب بمونبيلي فرنسا

## ORDONNANCE

Mohammedia, le 20/12/2023

Nom & prénom K. HOUYIBABA. ASIL

810 1/- Tegame (15)

7150 2/- Aplem (15)

5310 3/- Roger cannilla (15) Hypodermique

2510 4/- Betabloc blanc (15)

8610 x2 5/- Asarel 5/5 = x200mg (15)

Pharmacie AMAM SARI AU  
RES. LES PIERRES DE SERTI  
IMM. 2 A & B MAMBOURIA  
Tel : 05 23 25 01 101  
INTE: 092084540  
Diabète - maladies du cholestérol - Obésité - Régimes  
Omnipraticien-Echographie  
Angle Bd la Résistance - Palestine Imm 24  
1er Etage - Mohammedia  
Tel : 05 23 25 55



3 596490 004859



ACL = EAN

*Rogé*  
**Cavaillès**

DEPUIS 1924

**PAIN SURGRAS  
ULTRA HAUTE TOLÉRANCE**

**SURGRAS DERMATOLOGIQUE**

Ultra-rich cleansing bar • Dry to very dry skin

Testé dermatologiquement

**PEAUX SÈCHES À TRÈS SÈCHES**

## MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

Voie cutanée

Une application par jour, après avoir nettoyé et séché la zone concernée, suivie d'un massage léger.

Pendant la nuit, la surface traitée peut être recouverte d'une gaze.

## CONSERVATION

A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C

Ne pas laisser à la portée des enfants

## طريقة الإستعمال:

عن طريق الجلد

تطبيق واحد في اليوم، بعد تنظيف وتجفيف المنطقة، يليها تدليك خفيف

خلال الليل، يمكن تغطية المنطقة المعالجة بشاش

## الحفظ :

يُحتفظ به في درجة حرارة تقل عن 30° مئوية.

لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

LOT : 073

PER : MAI 2026

PPV : 58 DH 00

# ONIFINE® 1% Crème

Terbinafine

Tube de 30 g



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

قائمة 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظ الجرعات الموصى بها  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



6 118001 130269

**COSYREL 5mg/5mg-O**

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14011057



قائمة 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

احفظ الجرعات الموصى بها  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



6 118001 130269

**COSYREL 5mg/5mg-O**

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

14011057



**COSYREL®**

**5mg/5mg**

comprimé pelliculé sécable  
Fumarate de bisoprolol /  
Périndopril arginine

**30** comprimés pelliculés  
sécables



**COSYREL®**

**5mg/5mg**

comprimé pelliculé sécable  
Fumarate de bisoprolol /  
Périndopril arginine

comprimés pelliculés  
sécables



# أبليفكس حس®

ديكلوريدرات ليفوسيتيريزين

مضاد للحساسية

Aplevax® 5mg

Dichlorhydrate de Lévo-cétirizine

30 comprimés pelliculés



6 118000 330585

5 ملغم

30 قرصا مغلفا

75150