

## 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'Hayat  
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° W21-807143

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13187 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENBRAHIM MEHDI  
 Date de naissance : 19/02/1992  
 Adresse : Rés. Les Crêtes de Californie, Ain Chock  
 Casa  
 Tél. : 0663 480 616 Total des frais engagés : 718,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 JAN 2024

Nom et prénom du malade : Ezzamel Tassa Age : .....

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

Nature de la maladie : Cancer de la prostate

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 : 24/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT



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 JAN 2024			300	Dr. Abdelhach PELCAS
23 JAN 2024			600	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. DIANE CHEIKH	22-1-24	80,70
092029792	14/01/2024	245,40
	23/01/2024	92,60

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. DIANE CHEIKH			

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 : 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"/>																				
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </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

Dr. Abdellah BELGAS

Pédiatre

Spécialiste des Maladies de l'Enfant,  
Nourrisson et Nouveau-Né



الدكتور عبد الله بالكاس

طبيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

Casablanca, le

23.01.2024

الدار البيضاء، في

**Nourrisson BENBRAHIM Taha**

Age : 9 jours

Poids : 3,25 Kg



8,60  
1 DOLIPRANE 100 mg suppos sécable : B/10

1/2 suppositoire toute les 6 heures SI FIEVRE

84,00  
2 FITOBIMBI GAZ GOUTTES



Donner 5 gouttes par jour Si coliques

3 EAU THERMALE AVENE

A appliquer 2 à 3 fois par jour

Dr Abdellah BELGAS

Dr. Abdellah BELGAS  
Spécialiste  
Enfant, Nourrisson et Nouveau-Né  
11, Rue Lavoisier - 1er Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 86 32 62 - Fax : 05 22 86 32 72  
E-mail : drbelgaspediatre@hotmail.fr

PHARMACIE CHEIKH  
Dr. DIANI Abdellah  
N°600 LOTUS HAUT 2 AV AL OODS  
AIN CHOUA - CASABLANCA  
Tél : 0663 42 72 11 - fax 0663 42 72 11

**Docteur Abdellah BELGAS**

**Pédiatre**

*Spécialiste des Maladies de l'Enfant,  
Nourrisson et Nouveau-Né*



الدكتور عبد الله بالكاس  
طبيب الأطفال  
إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

Casablanca, le

**22.01.2024**

الدار البيضاء، في

**Nourrisson BENBRAHIM Taha**

Age : 8 jours

Poids : 3,25 Kg

1 UVEDOSE 100 000 UI sol.buv : Amp/2ml

Donner 1 ampoule en une seule prise le 10 eme jour

2 BCG VACCIN

Dr Abdellah BELGAS

19 50  
61 20  
30 70  
URGENCES DES MAROCCAINS  
MEFICHI MOUNIRA  
73, Bd. Victor Hugo  
Casablanca  
Tél : 0522 44 93 38

Dr. Abdellah BELGAS  
SPECIALISTE  
Enfant - Nourrisson - Nouveau N3  
11, Rue Lavoisier - 1er Etage - Casablanca  
Tél. 05 22 86 32 62 - Fax 05 22 86 32 72



Docteur Abdellah BELGAS

Pédiatre

Spécialiste des Maladies de l'Enfant,  
Nourrisson et Nouveau-Né



الدكتور عبد الله بالكاس

طبيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

Casablanca, le

الدار البيضاء في

Bébé

1/ Soins Locaux :

26,40

92,00

Yeux : Tobrex Collyre

1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

Ombilic : Septrim Spray 2 fois par jour ombilic

2/ Compresses Stériles

3/ Konakion 2mg

Une ampoule par semaine pendant 4 semaines

4/ Bain Quotidien après chute de cordon ombilical

5/ Huile d'amande pour hydrater la peau du bébé

6/ (en complément)

7/ prévoir le vaccin BCG le

إقامة كنزي - 11، زنقة لافوازي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 32 62

Résidence Kenzi - 11, Rue Lavoisier - 1er Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 86 32 62

المحمول : 06 61 42 45 88 - البريد الإلكتروني : drbelgaspediatre@hotmail.fr

Dose : 0,05 ml, intradermique pour les enfants de moins d'un an.  
: 0,1 ml, intradermique pour les enfants ages plus d'un an et les adultes.  
Vaccin BCG vivant, atténue (souche *Bacillus Calmette Guérin*)  
Chaque 0,1 ml contient entre :  $2 \times 10^5$  et  $8 \times 10^5$  C.F.U.  
Reconstituer avec 1 ml d'injection du chlorure de sodium.  
A conserver entre 2°C et 8°C. A l'abri de lumière. Après reconstitution,  
le vaccin doit être utilisé immédiatement ou dans les 6 heures suivant  
la reconstitution, à condition d'être conservé entre 2°C et 8°C et à  
l'abri de lumière. Conforme aux exigences de l'O.M.S.

Vaccin BCG

(0,05 ml - 20 dose / 0,1 ml - 10 dose)



6 118001 590052

Lire la notice avant utilisation

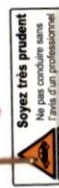
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste 1 - Vaccin sur ordonnance

OF INDIA PVT. LTD.  
Bld. Pune 412 302, INDIA  
T. Pune - 411 028, INDIA

E10148C00

LOT 232607  
EXP 16 12 2026  
P.V. 26 42  
46,40



**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml  
توبريكس 0,3 %  
قطرات العين على شكل محلول  
توبراميسين  
قارورة من 5 مل

TOBREX® 0,3 %  
Collyre en solution de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

LE221

Médicament autorisé n°3400933222185



3400933222185

**Uvédose**  
1000000 UI  
CHOLECALCIFEROL  
(VITAMINE D3)



LOT L 033  
EXP 30-06-2026  
P.C 034009332222185  
SN 13669688180474

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Qi,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V : 19,50 DH



118001 185030



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

### INGREDIENTS:

Aqua  
Chlorhexidine gluconate  
Calendula  
Benzalkonium chlorure

### CONSEILS D'UTILISATIONS

Se limiter aux zones à traiter  
Utiliser sur les zones externes

LOT:SKL04/2021  
Per:04/2025  
PPC:95.00 DH



6223001083978



arnalite

Lot: 230609  
A consommer de  
préférence avant le: 08/2026  
PPC: 84,00 DH



8 032578 470505

GTIN  
EXP  
Lot  
MFD  
SN

(01) 04260095681805

01 2026

F3141F01

01 2023

J21972KXWAAJACS

BOTTUSA  
PPV: 124 DH 00