

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-637138

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 524 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve Pensionnée

Nom & Prénom : Tounsi Khadija

Date de naissance : le 16/07/1948

Adresse : 61 Avenue Chouhada, Hay Salam, Salé

Tél. : 06 72 31 99 22 Total des frais engagés : 711,20 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2024

Nom et prénom du malade : Tounsi Khadija Age : 75

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

Nature de la maladie : Sinusite

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

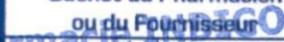
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

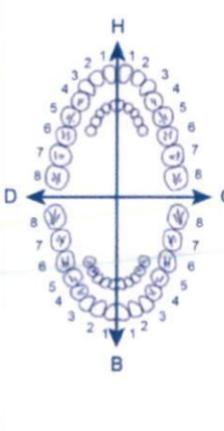
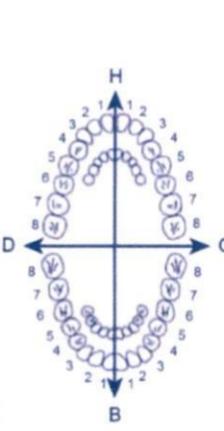
Le : 17/01/2024

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Km 17, avenue Mohamed VI El Menzel Rabat 37 74 99 56 - INPE : 102104080	17/01/2024	511.20

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 d'																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
					FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>													
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>														

Dr. Sophia NITASSI

Professeur de l'enseignement supérieur
ORL et chirurgie cervico-faciale
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chirurgie oreille-nez-sinus et la thyroïde
Diplôme de prise en charge des vertiges
et troubles de l'équilibre
Video-endoscopie
Expert assermenté auprès des tribunaux



الدكتورة صوفيا النطاسي

أستاذة التعليم العالي
اختصاصية في طب وجراحة الأنف والأذن والحنجرة
الفحص بالمنظار
جراحة الغدة الدرقية
اختصاصية في الدوخة واضطراب التوازن
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Le 17/01/2024

Mme TOUNSI KHADIJA

205.00

TAVANIC COMPRIME PELLICULE 500 MG BOITE DE 7

1 Comprimé le matin pendant 7 jours

+ 129,90
+ 96,80

RÉSPIMER DOUCHE NASALE

1 Lavage le matin, 1 Lavage le soir pendant 15 jours

74,50

CURALER SPRAY NASAL

2 Pulvérisations le matin, 2 Pulvérisations le midi, 2 Pulvérisations le soir pendant 15 jours

13 S.M. 20

Pharmacie INDIGO
Km 17, avenue Mohamed VI
El Menzeh Rabat
Tél : 06 37 74 99 56 - INPE : 102104080



TAVANIC®

500 mg

ofloxacin/levofloxacin

ale/Oral use

Sanofi-aventis Maroc 
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Tavanic 500mg, cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH



és pelliculés sécables
ed scored tablets

SANOFI 

RESPIMER®

NetiFlow®

HEAVY CONGESTION NOSE - SINUS

SACHETS FOR NASAL IRRIGATION
CLINICALLY PROVEN METHOD
High tolerance formula

• SOOTHING SALTS FORMULA • IMPROVES QUALITY OF LIFE

Starting from **4 years**
ADULTS - CHILDREN

 **laboratoire
de la Mer**

Importer & distributor:
S.I.C.
Bldg n°56 - Street 104 Maadi - Cairo - EGYPT
Registration n° 82/2021/1

العنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية
مبنى رقم 56 - شارع 104 المعادي
القاهرة مصر
رقم التسجيل 82/2021/1

BOTTU SA
PPC: 96 DH 80

Code ACL : 5373289



1210
2023-04
2026-03



3 564300 001756

Utiliser avec le dispositif d'irrigation nasale RESPIMER NetiFlow.
Use with RESPIMER NetiFlow nasal irrigation device.

- RESPIMER NetiFlow agit efficacement sur l'ensemble des symptômes du nez et des sinus : congestion nasale, pression sinusienne, sécrétions, écoulements rhinopharyngés, croûtes, sécheresse nasale...
- RESPIMER NetiFlow procure un soulagement durable et une amélioration significative de la qualité de vie.
- RESPIMER NetiFlow is effective for all nasal and sinus symptoms: nasal congestion, sinus pressure, secretions, nasopharyngeal discharge, encrustations, and nasal dryness...
- RESPIMER NetiFlow provides lasting relief and a significant improvement in quality of life.

• Ne pas remplacer les sachets par des solutions à base de sels (sel de table, gros sel ou fleur de sel) pouvant contenir des impuretés ou des antiagglomérants • Ne pas réaliser d'irrigation avec de l'eau de source ou de l'eau minérale sans ajout de sachets) • Do not replace sachets with "home-made" salt formulas containing cooking salts, which are liable to include impurities or anticaking agents • Do not carry out nasal irrigation with spring or mineral water without the addition of sachet contents

CurAler®

Spray nasal

Confort nasal



Flacon
Pulvérisateur

DISPOSITIF MÉDICAL

30 ml

Thér~~ap~~harm
LABORATOIRES



8 055515 900842

LOT Lot. n°:

WT761



Date de
péremption:

2026/09
2023/09



Date de
production:

PPC : 79,50 dh