

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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.

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° P19-

050413

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12748 Société : RAN 49779
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAMMALASSI Rachid
Date de naissance : 06/01/1985
Adresse : 107 Rue DES ANCIENS CARSTANTS
LAZAROT OUSA
Tél. : 0667662906 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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
conscience de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/11/22	V2 + F.C		359,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GARE ON 152, Bis Route de l'Industrie Casablanca - 0522 99 02 8	13/11/22	236,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

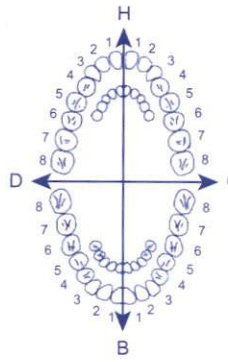
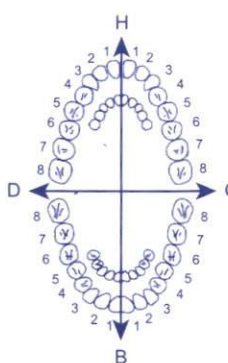
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13.11.22					Nebulisation 230,00

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

PHARMACIE GARE GAZIS
152 Bis Route de l'Oasis
Casablanca - 0522 99 02 84

Casablanca, le : 13/11/2026

Moumnash Ash
(40.60x2) =

Chouk el (2)
48.10 (15x) + 3

48.10 - Capped 12
24.10 (15x) le nt

24.10 - Wrens

21.90 12 cc

But 13

12 cc x 2



Dr. Azzedine KHALIL
PEDIATRE
Alergologie, Immunologie, Endocrinologie, Pédiatrie
174 Résidence El-Hamra, Casablanca
Tél/Fax : 0522 83 62 00 GSM : 0661 44 55 05

Butovent[®] 0,04%

Salbutamol

21,90

PPV: 24DH50

PER: 03/22

LOT: J532

أجيال AJIAL



مصحة الطفل و الرضيع
CLINIQUE PEDIATRIQUE

Casablanca, le : 13/11/22

Moumnassi Ash

nebul' wt ventli 0,6l
+ fer 1l



Clinique Pédiatrique Ajial

Casablanca Le: 13/11/2020

Pré-Facture N° 65312

Etablie par NAJWA ACCEUIL Page 1/1

Identification

N° Dossier : X0K1313992

MUPRAS

N° Identification : 191010667/19

Nom & Prénom : MOUMNASSI ADAM

C.I.N. : M365874

Date Début : 13/11/2020

Date Fin : 13/11/2020

Adresse : CASA

Traitement : Consultation

Médecin : KHALIL AZZEDINE

Prestations

	Qté	Prix U.	T.T.C.	Coef	Montant
MEDICAL					
Frais clinique	1	100,00			100,00
Nebulisation	1	300,00			300,00
Total Rubrique :					400,00
PARTIE CLINIQUE :					400,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. KHALIL AZZEDINE (PEDIATRE)	1	250,00			250,00
Total Rubrique :					250,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					250,00
TOTAL FACTURE					650,00

Arrêtée la présente Pré-Facture à la somme de :

Six cent cinquante Dirhams

Cachet et signature



BMCI AGENCE 2 MARS MECHOUAR COMPTE 01378001093000334001714 NPE 090062324

TEL 0522-87-81-81 FAX : 0522-87-25-00 PATENTE 35623273 IF 15243373 N° 001695598000041

CLAVULIN
100mg/12,50mg/1ml 
poudre suspension buvable, 60ml



CLAVULIN
100mg/12,50mg/1ml 
poudre suspension buvable, 60ml

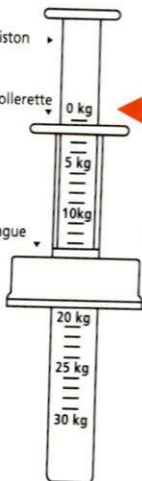


CLAVULIN

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

100mg/12,50mg/1ml

ENFANT



Après addition d'eau jusqu'au niveau circulaire on obtient 60ml de suspension reconstituée, soit 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg).

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 644181
PER: 10/2021

Liste I. Uniquement sur ordonnance

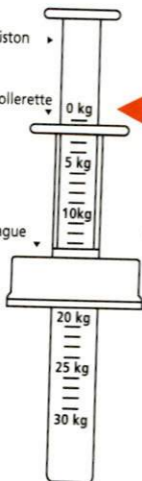
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

CLAVULIN

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

100mg/12,50mg/1ml

ENFANT



Après addition d'eau jusqu'au niveau circulaire on obtient 60ml de suspension reconstituée, soit 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg).

1 dose-graduation n°

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

جرعة رقم 3 مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة يوم

PPV: 70,60 DH
LOT: 644181
PER: 10/2021

Liste I. Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

20 comprimés
effervescent
sécables

20 mg

(méta-sulfobenzate sodique)

prednisolone

Cotipred®

كوتبرد®

بردنزلون

(ميتا سلفوينزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصا فوار
قابلا للكس



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de méta-sulfobenzate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
méta-sulfobenzate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 04-23

LOT : J1305



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

Cotipred® 20 mg

prednisolone

20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES