

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043874

56664

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7057 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AGUERNE ATMA

Date de naissance : 09/01/65

Adresse :

Tél. : 0661 46267 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : ADJANI Chamaï Age : 20 ans

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

Nature de la maladie : Double cécité

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 : Le : / /

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
		5	200,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Abdoul Karim BASSA Pharmacie ESIDENCES Centre Commercial 281, Bd. Poincaré Tél: 05 22 23 72 69 - Fax: 05 22 23 72 56	08/12/2020	558,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

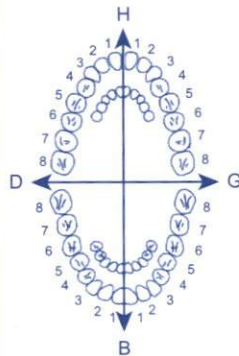
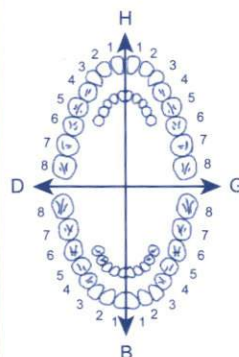
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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

Spécialiste des Maladies de la peau,  
des Ongles et du cuir chevelu  
Cosmétologie - Chirurgie de la peau  
Laser

إختصاصي في أمراض الجلد  
والأظافر والشعر - الأمراض التناسلية  
طب التجميل - جراحة الجلد

Casablanca le : 08/12/2020

AOUANI Yassine

ORDONNANCE

99x2 Ador 1 g nuit  
1 needl 21) x 107

17000 ofken 200 - 1 gl 2 21) x 107

3810 Ultralever 101  
1 needl 2 31)

1980 the syl 500  
1 cp 31) x 107

4420 200 50 u (2)  
1 2 31)

2000 200 50 u (2)  
1 2 31)

LOT : 7MA17  
PER: 11 2022  
FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80  
6 118000 060062

Dr. Abderrahim RABBA  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 23 72 65 - Fax: 05 22 23 72 98

Dr. YASSINE AOUANI  
DERMATOLOGUE  
24 Avenue Driss El Harti, Casablanca  
Tél: 05 22 23 72 65 - Fax: 05 22 23 72 98

200 mg

16 Comprimés pelliculés  
Voie orale

Ofiken®

Céfixime

LOT 171933

EXP 10 19

PPV 170.00 DH

DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

سوطينما  
sothema

أقراص مغلفة 16

ملغ 200

أوفيكسين®

سيفيكسيم



Saccharomyces boulardii CNCM I-745

ULTRA-LEVURE

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii CNCM I-745



BIOCODEX   
Maroc

مجموعة :

صنع / Fab :

صلاح لغاية / EXP. :

2836

09/17

09/20

BIOCODEX MAROC PPV

38.10 DH



Saccharomyces boulardii CNCM I-745

ULTRA-LEVURE

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii CNCM I-745



BIOCODEX   
Maroc

مجموعة :

صنع / Fab :

صلاح لغاية / EXP. :

2836

09/17

09/20

BIOCODEX MAROC PPV

38.10 DH

# ACLA ACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVUL

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet*

1g/125 mg

Antibiotiqu LOT : 9276  
Voie orale PER : 07-19  
P.P.V : 99DH00

Boîte de 12 sachets

Laboratoires Pharmaceutiques F

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

*Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet*

1g/125 mg

Antibiot LOT : 1940  
Voie c PER : 10-19  
P.P.V : 99DH00

Boîte de 12 sachets

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

كلافلاف  
سيسلين + حامض كلافلانيك

1غ/125 مغ

أكلافلاف  
أموكسيسلين + حامض كلافلانيك

1غ/125 مغ

# Cleniderm®

Béclométasone dipropionate

Crème dermique

Tube de 30 g



## Composition :

Béclométasone dipropionate (D.C.I.) ..... 0,025 g  
Excipients (dont Propylène glycol) q.s.p. .... 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Conserver à une température ne dépassant pas +25°C

Lire attentivement la notice avant utilisation



Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

PROMOPHARM s.a.

20,00





30 comprimés

Voie orale

# DIFAL®

diclofénac sodique

50 mg

**ANTALGIQUE  
ANTI-INFLAMMATOIRE**

 **GALENICA**

**COMPOSITION :**

Diclofénac sodique ..... 50 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable



مختبرات جالينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

**DIFAL®**

Diclofénac sodique 50 mg

Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349