

## 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

- Reclamation : [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 - Tel : 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° W21-644679

78858  
SN

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12987

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HADDI MOURID

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0662104297

Total des frais engagés :

9890

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. KETTANI Kawtar**  
Pédiatre  
Bv Abou Bakr El Kadiri, Rés. Ahfad Imm. E  
N°13, Sidi Maaroul - Casablanca  
Tél : 05 22 58 41 99

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07, 2021

Nom et prénom du malade : HADDI Mohamed

Age : 2 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/07/2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE OUAZZANI</b> Dr. Chahidi El Ouazzani Nadia Diplômée en Pharmacie 75, Lot Al Mostakbal Sidi M'arouf Casa - Tél.: 05 22 97 53 05 INPE 092025931	18.07.2021	98,90

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 prie 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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remonte, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														





AKDITAL

Clinique Atfal

مصلحة أطفال

Casablanca, le 12/07/2021

Haddi Nohed.

Ag. 12/07/2021  
P. 13 kg

19.00

1) Nurodol.



1 de 13 kg x 03 jr

2) Fiborab sup



1 cae x 03 jr

3) T = 98.90

**PHARMACIE OUAZZANI**  
Dr. Chahidi B. Ouazzani Nadia  
Diplômée de l'Ulg Belgique  
75, Lot Al Mostakbal Sidi Maarouf  
Cassa INPE 05 22 97 53 05  
092025933

**Dr. KETTANI Kawtar**  
**Pédiatre**  
Bv Abou Bakr El Kadir, Rés Ahfad Imm.E  
N°13, Sidi Maarouf, Casablanca  
**Tél : 05 22 58 41 99**

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca  
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73  
Fax : 0522 23 50 28  
E-mail : atfalclinique@gmail.com  
Site web : www.cliniqueatfal.ma

# Nurodol<sup>®</sup>

*ibuprofène*

enfants & nourrissons

SUSPENSION BUVABLE  
**20mg/ml**

DOULEURS  
FIÈVRE  
INFLAMMATION

**200ml**



# Nurodol<sup>®</sup>

*ibuprofène*

enfants & nourrissons

#### COMPOSITION :

Ibuprofène 20 mg .....pour 1 ml de suspension buvable

#### LISTE DES EXCIPIENTS :

Liste des excipients à effet notoire : Saccharose (0,5 g/ml), sorbitol, glycérol, rouge cochenille A.

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale. Réservé au nourrisson et à l'enfant de 3 mois à 12 ans.

Bien agiter le flacon avant l'emploi.

**Nurodol**  
enfants & nourrissons

Flacon 200ml



6 118000 180715

19,00

# Fitorax®

Solution buvable

A base de Propolis  
+ Extraits de plantes  
+ Vitamine C

Enfants

**Confort** des  
**voies respiratoires**  
et de la **gorge**

Goût Fraise



200 ml

**MEDIPRO**  
PHARMA

A base  
d'actifs  
naturels



8 032578 479522

Lot : 200893  
À consommer  
avant le : 01/2024

PPC : 79,90 DH