

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ns 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'entente du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## ique :

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.

## ntaire :

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 057168

8 4430

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7780 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Embase Ayce

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

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 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
			150,00	
			INS = 1325250	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

24/07/21

108080

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

## 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 b

### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT

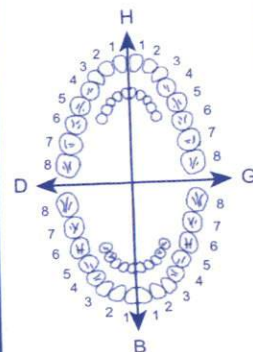
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE



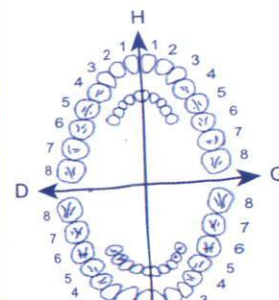
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



الدكتور ناصيري ناجي  
Dr. Naciri Naji  
حريح كلية الطب بفاس  
Diplômé De La Faculté  
De Medecine - Fès

الطب العام  
Médecine Générale

Aghbalou Le

24/08/21

SSBAA ATA

① 2 THRONEX 500mg  
79.5x2 14/Jan x 6 J

② Doliprane 1g 4p  
14.00 1p x 2 J

③ Viole 1000 mg  
153x2 17p x 2 J

④ D. Cus Fort  
56.30 2 amp / 15 J x 3  
732.10 x 2

⑤ Nivea 0.4  
347.00 1 / ISC 1 J x 15 J  
744.50

⑥ Paracet 20mg glaucosyl  
65.00 1 cont 14 J

⑦ Oxycod 20mg  
1080.80 3 cont x 6 J

06 90 02 38 89 05 35 58 39 98 Centre Aghbalou N'cerdan, Province Midelt

PHARMACIE AL AMINA  
Mme Alami Soumi Samir  
Docteur en Pharmacie  
13, Rue Annemans Beauséjour  
Casablanca - Tel: 05 22 39 09 70



**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 11/2023  
LOT 00057 16

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 05/2024  
LOT 11026 15

UT.AV.: 1 0 2 2 2 P.P.V. 7 9 7 0  
LOT N°: 1 0 9 9 9 5

09366030/4

132,00

132,00

65,00

إنوكسابارين صوديك  
LOT 203027  
EXP 12 2022  
PPV 347.00 DH

ملغ 20

Handwritten signature in blue ink, possibly reading "W. J. S. I."

PHARMAS

144,50

#### COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

#### INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie".** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

# Doliprane®

PARACÉTAMOL 1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE  
10 Comprimés



bottu s.a.

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

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

PPV: 14DH00  
PER: 03/24  
LOT: K892

18x45x27  
23

09/19  
100025

Doliprane®  
1000 mg  
PARACÉTAMOL



ADULTE  
10 Comprimés

bottu s.a.

4 ampoules buvables

# D-CURE® AMPOULE

Cholécalficérol 25 000 UI  
Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.

AMM N° : 209/14 DMP/ 21/NNP.

SMB

## Composition:

Cholécalficérol 25 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mise en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

إقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

## A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 25° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

4 أمبولات للشرب

# د-كير® أمبولات

كوليالكسيفيرول 25 000 وحدة دولية  
فيتامين D3



Ergo Maroc

Solution huileuse buvable  
محلول زيتي للشرب

D-CURE® AMPOULE



Fabrique par SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

MC2110M0004118  
28/03/2020

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20K26D  
EXP: 11/2022

10

INDICATIONS ET POSOLOGIE :  
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :  
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

**3 comprimés**

**500 mg**

**ZITHROMAX®**  
azithromycine

FORMULE :  
Azithromycine (sous forme de dihydrate)..... 500 mg  
Excipient q.s.p..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC  
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

® Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

زيتروماكس  
أزيتروميسين

**500 mg / أقراص**

**ZITHROMAX® 500 mg**

3 comprimés



6 118000 250500

UTAV: 1 2 3 2 2  
LOT N°: 1 2 9 2 9 5  
P.P.V. 7 9 7 0

09366030/4

Laboratoires Pfizer S.A.  
Route de Qualidia  
El Jadida - MAROC

**Pfizer**

**500 mg**

**ZITHROMAX®**  
azithromycine

**Pfizer**

RESPECTER  
LES DOSES PRESCRITES

**Pfizer**