

## 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, parodontologie 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon  
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° W21-613580

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11023 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YAN OUNE AOUATIF  
 Date de naissance : 12 Juin 1978  
 Adresse : 16, Lotissement Le Joueur, ASSAENNE  
 Tél. : 0613575377 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سعيد العربي  
الطبيب العام  
شارع الحسن الثاني رقم 25  
قرية سلا

Date de consultation : 17092021  
 Nom et prénom du malade : BERKIA Aïssa Age : Mans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : ARTHRO  
 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) : /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
17.09 2021	C	1	x 130.00	IN 1008204 الدكتور سعيد العربي الطبيب العام 25 مسن مسن مسن

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية العبدية</p> <p>PHARMACIE AL ABRJE</p> <p>Rés: Dalal, Imb. 4, Mar Hail, Hsaine-Saleh 05 37 83</p>	17/09/21	181,10

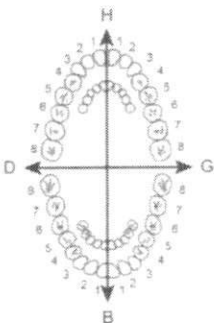
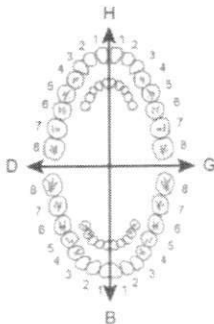
[illegible][illegible]

# 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 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# ORDONNANCE

LOT N°:

UT. AV :

MPV :

Le 17.09.2021

Berika Aissa

41,30

Serch de 12h p (m)

42,00

200g a 4 mm a 3 mm  
PrAm 20 p m

21,40

1/2 g 20 mm a 3 mm  
BUT 1/2 g 1 m

41,30

1 cm a 3 mm  
Veratrine 100 p (m)

27,10

200g a 4 mm  
Muxal 50 p m

131,10

102003084

PHARMACIE AL ABRJDI  
4, Rés. Djal, Imb. 4, Meg. 12  
Oulad Hjal, Hsaine-Saïte Al Jadida  
Tel.: 05 37 83 18 86

الدكتور محمد العربي علالي  
الطبيب العام  
الخبير الثاني رقم 25  
قلاية سلا

Voie orale

# BUTAMYL®

Salbutamol

## Composition :

Salbutamol (s.f. de sulfate) ..... 40 mg

Excipients q.s.p ..... 100 ml

Excipients à effet notoire :

parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle,  
sodium.

Flacon de 150 ml contenant 60 mg de  
salbutamol, soit 2 mg par cuillère à café  
de 5 ml.

AMM N° : 167DMP/21/NRQr

**BUTAMYL®**

Salbutamol  
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



مختبرات كاليينكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

# BUTAMYL®

Salbutamol

Soluté  
buvable

Flacon  
de 150 ml

 GALENICA

Soluté  
buvable

بوتاميل®  
سلبوتامول

قنينة 150 ملل

COOPER  
PHARMA

مادة مسهلة  
ملاحظة: يرجى قراءة التعليمات  
ملاحظة: يرجى قراءة التعليمات  
ملاحظة: يرجى قراءة التعليمات  
ملاحظة: يرجى قراءة التعليمات



125 ml

محلول للشرب

عن طريق الفم  
0,3%

بدون سكر

موكسول  
أسيروكسول

PPV (DH) :

LOT N° : 27,10

UT. AV.:

موكسول  
أسيروكسول

بدون سكر

755.497.04.18

125

microgrammes  
/25 microgrammes par dose

**SERETIDE**

propionate de fluticasone/  
salmétérol

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé avec valve doseuse

125

microgrammes  
/25 microgrammes par dose

**SERETIDE**

propionate de fluticasone/  
salmétérol

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PV : 175,00 DH  
118001141869  
ID : 645344  
6

Lot

S89S

EXP

03 2022

Lot

NY4K

EXP

11 2022

GlaxoSmithKline  
Maroc

Ain El Aouda  
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

