

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIBRE 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 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0028350

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2299 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHANTINE Ahmed  
Date de naissance : 01/01/1952  
Adresse : Sidi Othman B20 Nr 49 Casa.  
Tél : 06.78.99 71.72 Total des frais engagés : 4.221.Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : Pathologie Néoplasie Age: .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : .....  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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 : Tanger Le : 13 / 09 / 2022  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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

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
03/08/2020	C1		C	
10/08/2020	C1		G	
22-08-2022	C		250,00	



# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

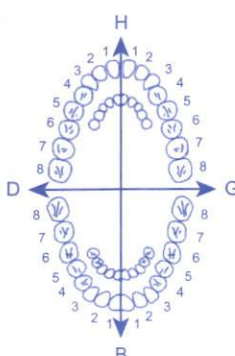
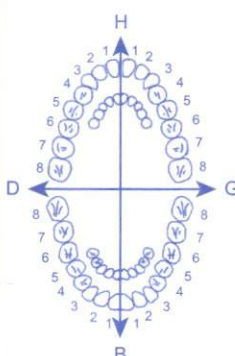
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	chir. ortho					2.452,41
	chir. ortho					1269,43

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<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



160063335

TANGER Le : 03-08-2022

**Facture N° 01542/22/ONCO**

**A. Identification**

N° Dossier : COT22H03094118

N° Identifiant : 000329/22

**Nom & Prénom : M. CHAHINE AHMED**

C.I.N : B108575

Adresse : TANGER

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 03-08-2022

Date Sortie : 03-08-2022

Médecin traitant : DR. HADDAD HOUSSAM

Traitement : CHIMIOThERAPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		1 452,18			1 452,18
Total Rubrique :						1 452,18
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CHIMIOThERAPIE		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						1 000,00
						2 452,18
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						0,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
<b>TOTAL GENERAL</b>						2 452,18

Arrêté la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE QUATRE CENT CINQUANTE-DEUX DIRHAMS DIX-HUIT CENTIMES  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Navelbine 10mg al b10x1ml c  
PH : 1407,00 DH  
6 118001 181773



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**





Séjour : Du 03/08/2022 au 03/08/2022  
Patient : M. CHAHINE AHMED  
N° Dossier : COT22H03094118  
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ACUCARB 450 MG	602,00 Dh	1	602,00 Dh
AIGUILLE HUBER CH 20	52,50 Dh	1	52,50 Dh
CLOPRAME 10 MG INJECTA	1,49 Dh	2	2,98 Dh
METHYLPREDNISOLONE 40MG INJECTA	14,00 Dh	3	42,00 Dh
NAVELBINE 10 MG/ML	140,70 Dh	4	562,80 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ	29,90 Dh	1	29,90 Dh
ONDANSETRON GT 8MG/4MG	80,00 Dh	2	160,00 Dh
			<b>1 452,18 Dh</b>



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**



160063335

TANGER Le : 10-08-2022

**Facture N° 01621/22/ONCO**

**A. Identification**

N° Dossier : COT22H10105449

N° Identifiant : 000329/22

**Nom & Prénom : M. CHAHINE AHMED**

C.I.N : B108575

Adresse : TANGER

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 10-08-2022

Date Sortie : 10-08-2022

Médecin traitant : DR . HADDAD HOUSSAM

Traitement : CHIMIOThERAPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		769,43			769,43
Total Rubrique :						<b>769,43</b>
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CHIMIOThERAPIE		1 000,00			1 000,00
Total Rubrique :						<b>1 000,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>1 769,43</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>1 769,43</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>1 769,43</b>

MILLE SEPT CENT SOIXANTE-NEUF DIRHAMS QUARANTE-TROIS CENTIMES

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



CNSS : 5609089 - Patente : 24828097 - IF : 24828097 - ICE : 001955650000079

STE Polyclinique Multidisciplinaire SARL 11 Rue Sidi Amar, Tanger, Maroc

Tél : 05 39 93 77 66 / 08 08 54 87 00 - Fax : 05 39 33 05 34 - GSM : 06 62 36 56 40

**URGENCES 24/24 : 05 39 93 77 66**

Composition:

Chaque flacon contient:

40 mg.

Omeprazole (D.C.I.) ..... 40 mg.  
Hydroxyde de sodium, Edétate disodique dihydraté et eau pour injectable q.s.

Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.

Tenir hors la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Sous ordonnance médicale. Usage hospitalier. Tableau C (Liste II).

N° AMM: 16/19 DMP/21/NRQ

HG

19

## أوميبرازول نورمون 40 مغ أوميبرازول مسحوق من أجل محلول التسريب



عن طريق الوريد

مجفد للتسريب 1 فئينة

المرجو احترام الجرعات الموصوفة



IBERMA

يحتفظ به بعيدا عن متناول ونظر الأطفال.  
اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.  
يحتفظ بهذا الدواء عند درجة حرارة أقل من 25 درجة.  
يحتفظ بهذا الدواء داخل غلافه محمي من الأشعة الخفيفة.  
تحت وصفة طبية. استعمال استثنائي الجدول من اللاحقة (1).

Omeprazole Normon® 40 mg poudre  
pour solution pour perfusion  
1 flacon.



OMEI40FAS/1

Omeprazole  
Normon®  
40 mg  
poudre pour  
solution  
pour perfusion



1

## Omeprazole Normon® 40 mg poudre pour solution pour perfusion

Voie intraveineuse

1 flacon lyophilisé  
pour perfusion



Ne pas dépasser  
la dose prescrite



NORMON

Lot R8XN1  
EXP 12-2022  
PH 29,90 DH

Composition:

Chaque flacon contient:

40 mg.

Omeprazole (D.C.I.) ..... 40 mg.  
Hydroxyde de sodium, Edétate disodique dihydraté et eau pour injectable q.s.

Veuillez lire la notice avant d'utiliser ce médicament.

Tenir hors la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 25°C.

Conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

Sous ordonnance médicale. Usage hospitalier. Tableau C (Liste II).

N° AMM: 16/19 DMP/21/NRQ

HG

19

## أوميبرازول نورمون 40 مغ أوميبرازول مسحوق من أجل محلول التسريب



عن طريق الوريد

مجفد للتسريب 1 فئينة

المرجو احترام الجرعات الموصوفة



IBERMA

يحتفظ به بعيدا عن متناول و نظير الأطفال.  
اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.  
يحتفظ بهذا الدواء عند درجة حرارة أقل من 25 درجة.  
يحتفظ بهذا الدواء داخل غلافه محمي من الأشعة الخفيفة.  
تحت وصفة طبية. استعمال استثنائي الجدول من اللاحقة (1).

Omeprazole Normon® 40 mg poudre  
pour solution pour perfusion  
1 flacon.



6 118001 220342

OMEI40FAS/1

Omeprazole  
Normon®  
40 mg  
poudre pour  
solution  
pour perfusion



1

## Omeprazole Normon® 40 mg poudre pour solution pour perfusion

Voie intraveineuse

1 flacon lyophilisé  
pour perfusion



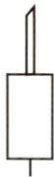
Ne pas dépasser  
la dose prescrite



NORMON

Lot R8XN1  
EXP 12-2022  
PH 29,90 DH





PH : 400 DH 00



# Ondansétron GT<sup>®</sup>

**8 mg/4 ml**

Voie I.V. ou I.M.  
**5** ampoules injectables  
de **4** ml dosées à **2 mg/ml**



TECNIMEDE GROUP



FARMOZ S.A.

Lot: 3052

Per: 12 - 2024

Lot:

Per:





TECNIMEDE GROUP

# أوندونسيترون جت<sup>®</sup>

8 ملغ / 4 مل

محلول للحقن داخل الوريد أوفي العضل

5 أنبولات من فئة 4 مل

2 ملغ / مل

**Ondansétro<sup>®</sup>n GT**  
5 ampoules injectables de 4 ml dosées à 2 mg/ml



801760Rev.7

يحتفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في العبوة الأصلية وبعداً عن الضوء.  
بعد الفتح والتجفيف، يجب استعمال هذا الدواء على الفور. لا يجب الاحتفاظ بالمحلول المتبقي.  
يجب قراءة حراًة أقل من 25 درجة مئوية، في العبوة الأصلية وبعداً عن الضوء.  
يحتفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في العبوة الأصلية وبعداً عن الضوء.  
يحتفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في العبوة الأصلية وبعداً عن الضوء.  
يحتفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، في العبوة الأصلية وبعداً عن الضوء.

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice  
لا يجب القيادة  
دون قراءة النشرة

Uniquement sur ordonnance (Liste I)  
احترام الجرعات الموصوفة - لا رجعة  
Respecter les doses prescrites  
"Médicament autorisé N° 94/19 DMP/21/NRQDNM"

**Avvertissement :** Médicament soumis à prescription hospitalière.  
Prescription réservée aux spécialistes en oncologie.

**Mise en garde :** L'injection ne doit pas être utilisée si elle contient certains signes visibles de détérioration.

Ne pas dépasser la dose prescrite.

Tableau A (liste I)

AMM N° : 69/18 DMP/21/NRQ

PH : 602,00 Dhs

Lot : 003032101A

Fab : 03/2021

Per : 02/2023



ACCURE LABS Pvt. Ltd.

Distribué par :  
Zenith Pharma 96, Zone Industrielle, Tassila  
Inezgane Agadir - Maroc.

Dr. M. EL BOUHADI Pharmacien Responsable

**ACUCARB 450**  
Carboplatine  
Solution pour perfusion  
450 mg/45 ml  
Stérile  
Pour perfusion IV

**ACUCARB 450**

Carboplatine

**Solution  
pour perfusion  
450 mg/45 ml**

Stérile

Pour perfusion IV



**ACUCARB 450**  
Carboplatine  
Solution pour perfusion  
450 mg/45 ml

Chaque ml contient :  
Carboplatine.....10.0 mg  
Eau ppi.....q.s.p.....1 ml

**Conservation :** A conserver à une température inférieure à 25°C.  
A l'abri de la lumière  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**Dosage, indications et précautions  
d'emploi :** Voir notice à l'intérieur.

ACUCARB 450  
Solution pour perfusion  
450 mg/45 ml



DRUGS/AP/35/2013(L)

**ACUCARB 450**

Carboplatine

**Solution  
pour perfusion  
450 mg/45 ml**

Stérile

Pour perfusion IV

