

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 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
- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-728799

131321

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13077 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERGAINI MOHAMED KARIM

Date de naissance : 15/08/1998

Adresse : 185 G/H 13 APPT 7 ETAGE 2 ALFIRBOUS CASABLANCA

Tél. : 06 75 68 43 38 Total des frais engagés : 513,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/2022

Nom et prénom du malade : SERGAINI MOHAMED KARIM

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

Nature de la maladie : Pharyngite

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 : CASABLANCA Le : 28/09/2022

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
28/09/2022				INP: 091063246

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/09/22	343,40

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 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	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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

CABINET MEDICAL عيادة طبية

Docteur Abdellah FAKIR

Médecine Générale

الدكتور عبد الله فاكر

الطب العام

- ECHOGRAPHIE

-الفحص بالصدى

-ECG

-التخطيط الكهربائي للقلب

-DIABÉTOLOGIE

-داء السكري

-PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE

-الوقاية والتشخيص المبكر لأمراض النساء

Casablanca, le 26/09/2022, الدار البيضاء,

Dr SERGHINI.

M. EL KHARIM

97,90

- OFIVEN 200

40,00

- Effimol mg.

69,00

4 cp lent

- Docivox cp

31,50

2 cp 2x

- Akinex

75,00

2 cp 2x

- INÉSO 20

= 313,40

PHARMACIE JAMA
Ensemble Immobilier
Gh 15 Imm
Hay Hassani
Tél: 05 22 89 70 90
ICE: 00050047100

EFFIPRED®
20 Comprimés effervescents 20 mg
6 118000 031369

20

ملغ

إنيسو

إزوميبرازول

مثبط مضخة البروتون
يقلص إفراز الحمض على مستوى المعدة



14 كبسولة
صامدة
لعصارة المعدة
عن طريق الفم

LOT: M0783
PER: 05/2024
PPV: 75,00 DH

Ineso 20 mg ○

14 Gélules

Deva Pharmaceutique



6 118000 410430

صنع من طرف :
مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

147-148 المنطقة الصناعية شط مليل - الدار البيضاء

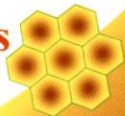
ositi-

EociVox®

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES
(*Eucalyptus* - *Propolis* - *Echinacea* - *Gingembre*)

Maux de gorge
Enrouements passagers



x20

LOT: 220371
DLUO: 05/2025
69,00 DH

Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires
Adoucit la gorge irritée en cas de toux
Renforce les défenses naturelles

Deva

Laboratoires Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

AKINDEX

ANTITUSSIF

SIROP ADULTES

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Médicament réservé à l'adulte.

Lire attentivement la notice.

**PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE
CONSERVATION :**

Ce médicament doit être conservé
à température ambiante.

AKINDEX 0,133 g / 100 ml
ADULTES

flacon de 200 ml



6 118000 280026

Fabriqué sous licence **URGO**
par **Les laboratoires Steripharma**
Z.I Lina, N°347 Sidi Maârouf Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

أوفيكين[®]

سيفيكسيم

200 ملغ

8 أقراص مغلفة
عن طريق الفم



Ofiken[®] 200 mg

Céfixime

Remboursable AMO

Boîte de 8 comprimés pelliculés



6 118000 022336



--	--	--	--	--	--

المدة صباح منتصف النهار مساء قبل بعد



سوطيما
sothema