

# 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

- 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'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

132534

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0000866**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1103 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JABBAR YOUNES Date de naissance : 09.02.1978  
Adresse :  
Tél. : 0661571178 Total des frais engagés : 685 DHS Dhs

### Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2022  
Nom et prénom du malade : JABBAR RAYAN M  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : B...  
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 : 12/10/22  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# 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
06/10/22	CS		250,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/22	485,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

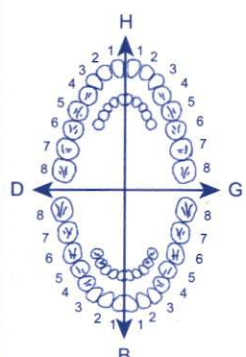
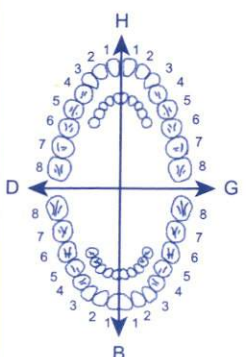
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		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

# Dr. NAJEH Khadija

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie  
Bilans Allergologiques et  
explorations respiratoires  
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès  
et à l'hôpital Moulay Youssef



## الدكتورة ناجح خديجة

إختصاصية في طب الطفل و الرضيع  
وفي أمراض الحساسية  
تحليلات الحساسية و التنفس  
طبية سابقا بقسم الأطفال بمستشفى  
إبن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 6/10/22 في الدار البيضاء،

JABBAR Rayan

59.00 x 2

① Suprin E

45.30 / sachet x 3 / 15 / 8.5

② Vekolin

79.00 200 x 4 / 15 / 1

③ Aproxal

443.00 / box x 3

④ Synbiotic

480.00 / box x 2 / 15 / 3

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الربيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء

Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5

App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32

PHARMACIE MAJOLA  
N° 15112  
Haj Tel: 05 22 90 83 32  
Casablanca

SYNTHEMEDIC  
22 rue encheir bnou el nouam rochet  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

100µg par dose Pdes pnh  
Flacon de 120 doses  
10314 DMP/21NRQ P.P.V: 243.00 DH  
6 118001 020928

PHARMACIE MAJOLA  
N° 15112  
Haj Tel: 05 22 90 83 32  
Casablanca

Dr. NAJEH Khadija  
Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie  
Bilans Allergologiques et  
explorations respiratoires  
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès  
et à l'hôpital Moulay Youssef



PPV: 59DH00  
PER: 06-25  
LOT: L 2030

COOPER  
PHARMA



□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
ملاحظة: يرجى كتابة التاريخ في الحقلين الأخيرين									

للأطفال

12 x 12

مستحق لاجل حصول المريض



500  
62.5/500  
في طريقه الى

قاسم  
أمو كسيتول  
حاصن كاسيتول  
1



PPV: 59DH00  
PER: 06-25  
LOT: L 2030

COOPER  
PHARMA



□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
ملاحظة: يرجى كتابة التاريخ في الحقلين الأخيرين									

للأطفال

12 x 12

مستحق لاجل حصول المريض



500  
62.5/500  
في طريقه الى

قاسم  
أمو كسيتول  
حاصن كاسيتول  
1

Facilite la gorge

Goût fraise



200 ml e

Pharmalife

RESEARCH



8 032578 479263

Lot:

220102

À consommer  
avant le:

03/2025

PPC: 79,50 DH

# Ventoline

**100 microgrammes/dose**

Suspension pour inhalation  
en flacon pressurisé.

## COMPOSITION :

Sulfate de salbutamol .....  
quantité correspondant à ..... 120,50 µg\*  
salbutamol ..... 100,00 µg\*  
pour une dose

Gaz propulseur :  
norfurane (tétrafluoroéthane  
ou HFA 134a)

\*µg = microgramme

Lire la notice avant  
utilisation.

Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants.

Agiter avant utilisation.

**Titulaire d'AMM au Maroc:**

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



**VENTOLINE 100 mcg**

**Aérosol 200 doses**

**PPV 45,30 DH**

