

# 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

- Reclamation : 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° P19-0029446

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2321 Société : 138802

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUINI MOHAMMED

Date de naissance : 01-21-52

Adresse : HAY BOUGHAZ RUE 8 NEBANGER

Tel : 0674380187 Total des frais engagés : 42190 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed ABDALLAOUI  
Pneumo Phthisiologue-Allergologue  
19 Bis, Av. Omar ben Khattab  
05 39 94 35 69 - Tanger

Date de consultation : 19/11/2022

Nom et prénom du malade : Mme KRIECH FATMA Age :

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

Nature de la maladie : Sx / Me

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 : 19/11/2022 Le : / /

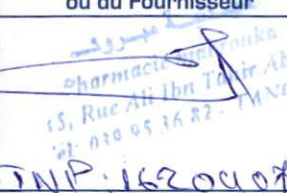
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



### 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
19.11.22	Ca		300 dh	 Mohamed A. Khattab 19 Bis Av. El Ghazal - Tanger NE 05 34 35 69

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie El Ghazal 15, Rue Ali Ibn Tadjir Abih Tanger TNP: 162040746	19.11.22	121.90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

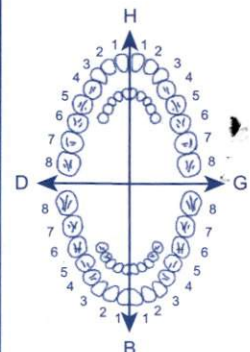
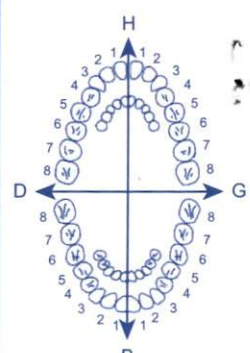
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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													
				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> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<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

# CABINET D'ALLERGOLOGIE ET DE PNEUMOPHTISIOLOGIE

**Dr. ABDALLAOUI Ahmed**

Specialiste Des Maladies  
Du Poumon - Tuberculose  
Specialiste Des Maladies  
Allergiques - Asthme

Diplômé De La Faculté De  
Médecine De Nancy

**Sur Rendez Vous**

**الدكتور عبدلاوي أحمد**

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

داء السل - الضيقة

اختصاصي في أمراض الحساسية

خريج كلية الطب بنانسي

بالميعاد

Tanger, le 19.11.12 طنجة في

URIBCH FATMA

60

AZRO

32.50

Muxol

14

Dilpax 1

15.50

1te Cln

121.90

pharmacie mahrouka  
Tahir Abi  
15, Rue Ali Ibn  
Tél: 039 95 36 82 - TANGER

Dr. Ahmed ABDALLAOUI  
Pneumo Phtisologue-Allergologue  
Boulevard Omar Ben Khattab  
Tanger

06 61 40 77 72 - مستعجلات: 05 39 94 35 69 - 19, bis Avenue Omar Ben Khattab - TANGER - Tél. Cabinet: 05 39 94 35 69 - Urgence: 06 61 40 77 72

COOPER PHARMA



مسحوق زوال حبوب 7 مله

--	--	--	--

*[Handwritten signature]*

محلول للشرب 250 ml



عن طريق الفم  
0,3%

بدون سكر

أمبروكسول  
موكسول

COOPER PHARMA

PPV: 32,60 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

موكسول

أمبروكسول

بدون سكر



# AZ<sup>®</sup>

Azithromycine

500 mg



Boîte de 3 comprimés  
Voie Orale

**Composition :**

Azithromycine ( DCI ) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.



مختبرات كالمينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

**AZ<sup>®</sup> 500 mg**

Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH

6 118000 190097

E A Z B B 2 V F A 02

# Doliprane

## 1000

PARACÉTAMOL

PPV: 14DH00  
PER: 09/25  
LOT: L3048



**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebbâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Doliprane® 1000 mg   
PARACÉTAMOL  
10 comprimés



ADULTE

10 Comprimés

COMPRIMÉ

مخصص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.  
الجرعات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال،  
انظر النشرة

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.  
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -  
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقا بعيدا عن الحرارة والرطوبة.  
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et  
de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

**Vita C 1000®**  
10 comprimés  
effervescents

sans  
sucre



AMM N° 29 DMP/21



**1000**

**فيتا مس**

فيتامين س

**بدون سكر**

10 أقراص فـلـانـدة

البروفان



**Vita C 1000®**

PPV 15DH30  
EXP 08/2025