

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-723231

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAZ ABDERRAHIM.

Date de naissance : 29/12/1956

Adresse : ART LAMOUNE.

Tél. : 0671802577

Total des frais engagés : 1014,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS
Date de consultation : 13 DEC 2022
Nom et prénom du médecin : CHEIL

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

Nature de la maladie : Scapulo humerale Dk - Dk

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Choc Dk

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 : 13/12/2022

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

Autorisation CNDF 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
21/01/22		Σ =	300 DA	INP : 0910167 ZIZ ALAOUI Médical Orthopédique et Traumatologie Rome - Angle Bd SABANCA 0910167 1794

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Pharmacie l'Ermitage - Casa
29/11/12
7800

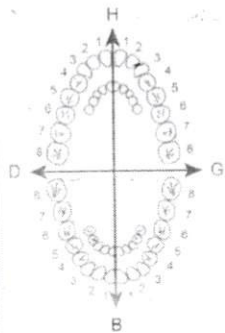
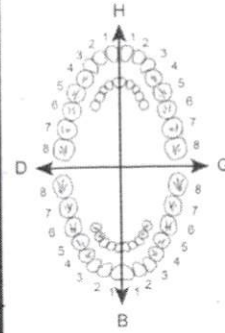
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	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"/>
	<div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ----- G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. AZIZ ALAOUI Mohammed

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Arthroscopie - Prothèses articulaires
Médecine de Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine
de Toulouse

117, Rue de Rome - Angle Bd. 2 Mars
2^{ème} Etage (Au dessus de INWI) - Casablanca
Tél.: 05 22.85.51.52 - Fax: 05 22.86.02.11
E-mail : azizalaouimd59@gmail.com



الدكتور عزيز علوي محمد

أمراض وجراحة العظام والمفاصل
المفاصل الإصطناعية
الطب الرياضي
خريج كلية الطب بتولوز

117، زنقة روما - زاوية شارع 2 مارس
الطابق الثاني (فوق إنوي) - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22.85.51.52 - الفاكس: 05 22.86.02.11
البريد الإلكتروني: azizalaouimd59@gmail.com

Casablanca, le 21-11-22 في الدار البيضاء

Dr. Dalika FAID.

1) D-CURE - Suponles
5630 1 Suponle à boire - tous les 3 jours.
قُبْلًا مِثْلًا - 3 دُفْعَاتٍ

2) OSTEOCARE - Supon
105, 05 1c. à d. - 3 x / 3 mois
= 3 أسابيع

En cas d'urgence : Clinique ANOUAL
14, Rue Zaki Eddine ATTAOUSSI
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

11#

48, Avenue de l'Indépendance - Casa
Tél. : 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

Pharmacie de l'Indépendance

Ingédients: Eau purifiée, Sucrose, Élément sucrant: sorbitol, Carbonaté de calcium, Hydroxyde de magnésium, Agents pour suspension: Silicate d'Aluminium et de Magnésium & Carboxyméthylcellulose de sodium, Gluconate de zinc, Gôut naturel de menthe et d'orange, Conservateur: Polysorbate 20, Polycalciférol.

Osteocare liquide 200 ml
PVC: 109.00 DH

Lot: 01999
30/09/2023

© Osteocare
Iphabiotics

de Vitabiotics Ltd.

BN
MFT
A consommer avant le /Expire en

01999
10/2020
09/2023

في حالة الاستعجال: مصحة أنوال
14، زنقة زكي الدين الطاسوي
الهاتف: 05 22.86.02.07 / 08 / 09 / 10 / 97

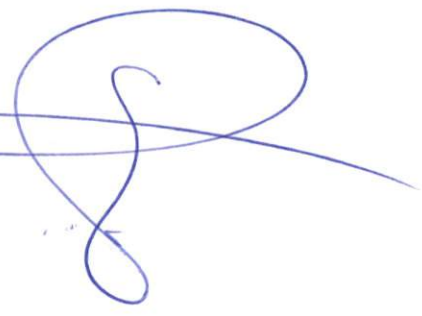
3) CURADOL - Sachets
 148.10 x 21 (ج) x 3 mois
 الحذاء - إنتعاش
 للقدم

4) RELAXOL Sp.
 56.60 1-0-0-1 (ج) x 7 ج
 (فصل)
 0-0-0-1 (ج) x 7 ج
 is - التشنج العضلي

Pharmacie l'Ermilage
 48, Avenue l'Ermilage - Casa
 Tél. 01 843 794 000 01 75

5) NOGECEDOL Sp
 108.00 3 x 10 x 10 ج
 718.90

Dr. AZIZ ALAOUI
 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
 117, Rue de Rome - Angle Bd 2 Mars
 CASABLANCA
 INPE 091016501
 ICE 001843794000096



PPV: 56,30 DH
LOT: 22B23D
EXP: 02/2024

4 ampoules buvables

D-CURE® AMPOULE

Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



Importé par : Ergo Maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 279/20dmp/NROD

SMB

EZ : 00.69.19

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



6 111261 640073

Lot :

VT235

A consommer de
préférence avant le :

04/2025

PPC : 149,50 DH

EZ : 00.69.19

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



6 111261 640073

Lot :

VT235

A consommer de
préférence avant le :

04/2025

PPC : 149,50 DH

رولاكسول[®] 500 ملغ/2 ملغ

باراسيتامول / ايثوكو لشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V : 53DH10



LOT : 22E005

PER.: 01 2025



SURDOSAGE = DANGER

Ne pas prendre un autre médicament
contenant du paracétamol.

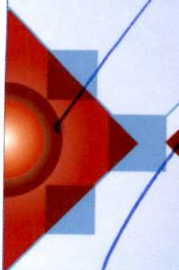
Dépasser la dose peut détruire le foie.

Adultes à partir de 16 ans : 1 à 2 comprimés
par prise minimum 4 heures d'intervalles. Ne
pas dépasser 6 comprimés par jour sans avis
médical.

NOCICEPTOL

**CONTRE
LES DOULEURS**

**Musculaires
Articulaires
Post-traumatiques**



**AVEC EMBOUT
APPLICATEUR**

**GEL
ANTI-DOULEUR**

PLUS

**RAPIDE
EFFICACE**

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ*

*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT PUC: 198.00DH



C163
2024-09

REV.: 2021/01/C

CNK 3259-850



3 401020 354451 >