

## 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-706724

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 929 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUMI KHADIJA

Date de naissance : 13-12-1990

Adresse : Lt Tissir N° 04, DAR Bouazza, Casablanca

Tél. : 06 63 46 54 66 Total des frais engagés : 335,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/12/2022

Nom et prénom du malade : M. Doumi Khadija Age : 33 ans

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

Nature de la maladie : Digestive

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 : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

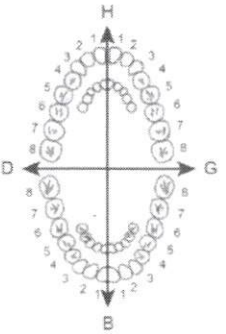
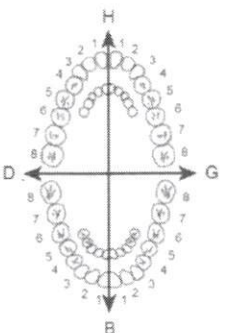


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 12/12/2022                     |                   | 30 DH                 |                                 | IN 09258533  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                     | Date     | Montant de la Facture |
| Pharmacie Ocean Bay<br>Dr. FILALTAOUAL Fouad<br>127, Ocean Bay Dar Bouazza | 12/12/22 | 35.6                  |

| 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 |
|                                  |                | 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 :<br>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"/> |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  |   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES   |  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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 |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   |  | H   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | 25533412  | 21433552  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | 00000000  | 00000000  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | D   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | 00000000  | 00000000  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | 35533411  | 11433553  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | B   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | G   |   |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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. Merièm NACHIT**  
**Hépto-Gastro-Entérologue**  
**et Proctologue**

Lauréate de la fac. de médecine - Casablanca  
Ancienne médecin du CHU Ibn Rochd



**دكتورة ناشط مريم**  
أخصائية في أمراض الكبد  
والجهاز الهضمي والشرج  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

**ORDONNANCE**

Casablanca, le 12/22/2022

M= Doumi Khadiga :

2/ My doflex  $\varphi$   
 $\varphi \times 2 / \sigma$   
après repas pdt  
2 semaine

Titanandine  $\varphi$   $\oplus$  crème  
supp  $\oplus$  crème  
 $\times 2 / \sigma$  pdt 2 semaine

16,00  
19,30  
8/  
35,30  
Pharmacie Ocean Bay  
DR ELALI AOUAL Fouad  
127, Ocean Bay Dar Bouazza

3/ Alcastekil

4) Demofix 2% creme

2 app x 4/j.

~~Dr. N. CHIT Meriène  
Hépatogastro-Entérologue  
R. Abdallah Semmar, 23, rue des Aïn Mall  
1er étage, Quartier El Hana Casablanca  
Tél. 05 22 86 10 05~~

**COOPER**  
PHARMA

DERJUH 1933  
41, rue Mohamed Diouri 20110  
CASABLANCA MAROC  
Amina DAOUDI, pharmacien responsable

**INDICATIONS :**  
Traitement local des symptômes (prurit, douleurs) liés à la crise hémorroïdaire.

**POSOLOGIE :**  
1 à 2 suppositoires par jour.  
La durée de traitement ne doit pas excéder 7 jours.

نواعي الاستعمال :  
علاج موضعي لأعراض (الآلام و  
الحكة) خلال أزمة البواسير.

الجرعة:  
1 إلى 2 تحميط في اليوم.  
مدة العلاج لا تتجاوز 7 أيام.

# ٢ تيطازورين

كارافينات / ثنائي أكسيد التيتان / أكسيد الزنك

LOT: 221507  
PER: 10-2025  
PPV: 19, 30DH

علبة من فئة 12 خميطة

عن طريق الحقن

**TITANOREINE®**

Carraighénates / Dioxyde de titane / Oxyde de zinc

**SUPPOSITOIRE**

Boite de 12 SUPPOSITOIRES

25x60x120  
7

**TITANORÉÏNE®**

Carraghenates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CRÈME

Crème en tube de 20 g

756.159.10.15

LOT : 220139  
PER : 03-2025  
PPV : 16,00DH

**TITANORÉÏNE®**

Carraghenates - Dioxyde de titane - Oxyde de zinc - Lidocaïne

CRÈME

à la lidocaïne (2%)



Titanoréïne à la  
lidocaïne 2%

Crème



INDICATIONS : Traitement local des symptômes (prurit, douleurs)  
liés à la crise hémorroïdaire

دوائي الاستعمال : علاج موضعي لأعراض الآلام و الحكة خلال أزمات البواسير

عن طريق المخرج

VOIE D'ADMINISTRATION : Voie rectale.



COOPER  
PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouni 20110 Casablanca.  
Amina DAOUDI Pharmacien Responsable

**TITANORÉÏNE®**

CRÈME

à la lidocaïne (2%)



6 118000 080503