

## 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° W21-772948

ALH 2861

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08767 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AHZ Boukhuss  
 Date de naissance : 06.03.68  
 Adresse : Casablanca Town 14111 mm m alh 03  
 Ville : Casablanca  
 Tél. : 0661 217358 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الكريم شرايبي  
 Dr. CHRAÏBI Abdelkarim  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGUE  
 319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca  
 Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

Date de consultation : 29 NOV. 2021  
 Nom et prénom du malade : Boukhuss Ayoub  
 Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : AHZ ORL  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

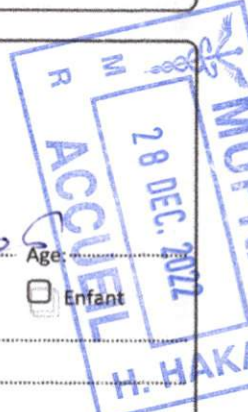
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



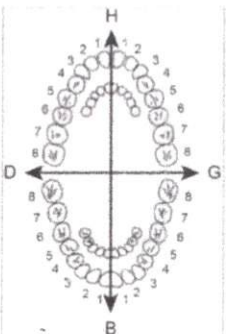
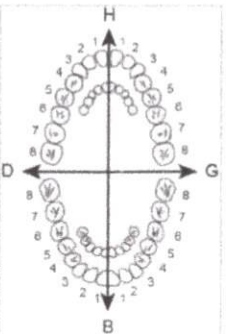


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29 NOV. 2022			300	INP : الدكتور عبد الكريم شرايبي Dr. CHRAÏBI Abdelkarim OTO-RHINO-LARYNGOLOGUE 319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GREENTOWN Dr. Maria AZENAR Centre Commercial Casa Green Town Centre Commercial Casa Green Town Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30	29/11/22	373,80

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.  <b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>	<b>Nature des Soins</b>	<b>Coefficient</b>	INP : COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																			
				<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553	
H		H																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D		G																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
B																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## CABINET MÉDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

**Dr. CHRAIBI Abdelkarim**

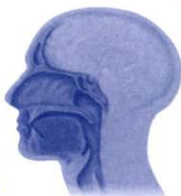
**SPÉCIALISTE EN  
OTORHINOLARYNGOLOGIE  
ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE**

Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Lyon  
Ex-attaché des Hôpitaux de Lyon  
Ex. ORL des Polycliniques de la C.N.S.S

Tél.: 05 22 29 44 29 - 05 22 22 46 07

GSM : 06 61 31 20 30

## Sur Rendez-vous



الدكتور شرايبي عبد الكريم

إختصاصي في أمراض وجراحة  
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج سابقا كلية بمستشفيات ليون  
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف : 05 22 22 46 07 - 05 22 29 44 29

المتنقل : 06 61 31 20 30 GSM :

بالموعِد

Casablanca, le : 29 NOV. 2022 : الدار البيضاء، في :

LOT N°:

U1 AV:

PPV (DH) :

34, 70

115.00

Army's

8/2, 60

A ken 2'

34, 70

७५६०

49,00

Don't you

6 mi 60 mi

 $1, 1/2, 60,$ 

51

असह्य ३५

319، زنقة مصطفى المعاني (زاوية زنقة أكتادير) - الدار البيضاء

319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir) - Casablanca

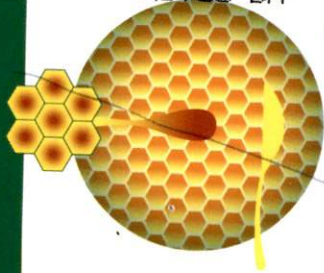
# DociVox

**Sirop naturel /  
sans conservateur**

**AUX EXTRAITS DE PROPOLIS  
ET DE PLANTES**  
*(THYM-MAUVE-MELEZE)*

**Goût miel-menthe**

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



LOT: 220616  
DLUO: 07/2025  
49,00 DH

LOT : 220508

EXP : 04/2025

PPV : 82,60DH

عبر الفم  
10 حبة

ألير-ز

سيتريزين



ALER-Z® 10mg ○

28 comprimés pelliculés sécables



6 118000 081951

28 x ○

أقراص مغلفة قابلة للكسر

مدة ٢٨ صباح ٠ زوال ٠ مساء

COOPER  
PHARMA



# Avamys

27,5 microgrammes/pulvérisation  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Furoate de fluticasone

France  
Laboratoire GlaxoSmithKline

Médicament autorisé n°3400938322446

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 115,00 DH



ID: 649664

500 ملغ

# إيبيروكس

سيبروفلوكساسين

LOT: M0616

PER: 09/2023

PPV: 92, 50DH

**Ubiprox 500mg**

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410195

مضاد حيوي واسع الطيف  
عن طريق الفم

قرص ملبس

20

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

011 800 410195 - 011 800 410195