

# 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

- Réclamation : 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

M22- 0053689

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SLAOUI KHANATA  
 Date de naissance : 1956  
 Adresse : 50 lot KHALFAOUI oujda  
 Tel : 0611 820 500 Total des frais engagés : 613,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN  
39 Bd Mohammed V - OUJDA  
Tél 05 36 68 45 10

Date de consultation : 04/01/2023  
 Nom et prénom du malade : SLAOUI KHANATA Age: 66  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Infection  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Oujda Le : 04/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0053689

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

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
04/01/23	C	5	12000	Dr KERZAZI 39 Bd Mohammed V - OUJDA Tel: 05 36 68 45 10

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE LA CLINIQUE INPE: 08203718 39 Bd. M. Bellak Tél: 0536 70 47 96 / 05 36 68 45 10	04/01/23	463,90

# 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	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] 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 KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA



الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة

Oujda, le 04/01/2023. وجدة، في

Supplément  
KHMMA

79,70

- 216000 (SV) (Lbiter)

112,00

- 012000 (SV)

79,50

+ 2 17000 (249000) (SV)

759,00

48,70 (SV)

64,50 (SV)

64,50 KEN Gouffal

463,90



Dr. ZAKRAOUI MOHAMED  
PHARMACIE LA CLINIQUE  
INPE: 082357183  
32, Bd. Med. Sallamdar - OUJDA  
Tél.: 0536 70 47 00 - 0536 69 92 32

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebas Casablanca  
Solutred 20 mg 20 cp  
P.P.V : 48,70  
E 118000 060535

Dr KERZAZI Mohammed  
CHIRURGIEN  
39 Bd Mohammed V - OUJDA  
Tel 05 36 68 45 10

**KIN**

Gingival

**Encías Gingivas**

**Gums** 20. 11 23.

LOT

UT.AV

SOKAPHARM

P.P.C

64 50



# ZITHROMAX\*



azithromycine

NSION BUVALE - POUDRE POUR SACHET - COMPRIMES

NTATION :

rimés

le orale, boîte de 3 sachets

le orale, boîte de 3 sachets

le orale, boîte de 3 sachets

le orale, boîte de 3 sachets

0 mg/5 ml, flacon de 15 ml, 1 cuillère mesure es

**TIQUES :**

a classe des azalides, apparenté aux macrolides;  
infections ou surinfections bactériennes à germ

rine et aux macrolides.

n cutanée, démangeaison...) en cours de traitem

gie ou manifestations allergiques survenues Ic

chez les patients présentant une maladie hépi  
n aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas reco

e :

lergique,

- prise concomitante d'autres médicaments,
- grossesse,
- allaitement.

aments, diarrhées et douleurs abdominales.  
sh cutané, œdème de Quincke.

e.

500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.  
kg et par jour pendant 3 jours.

endant ou en dehors des repas.

u froide et non gazeuse au contenu du  
poudre soit bien diluée.

UT.AV. : 0 7 2 0 2 4

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : G J 3 5 6 4

09366030/4

atement à

biologiques

à 200 mg.

# FITOPOLIS®

Adultes **Solution buvable** - Enfants **Solution buvable** - **Comprimé**



Contenu net: **150 ml**

Lot:

A consommer  
de préférence avant le:

191122  
11-2022

PPC: 79,50 DH

**FITOPOLIS® Adultes** Solution buvable - flacons de 150 ml et 250 ml. **FITOPOLIS®** comprimé

Contenu net : Extrait de Propolis (10% de Flavonoïdes), extrait de Echinacea (Echinacea sp.) (4% de Polyphénols), extrait de feuilles de thym (Thymus vulgaris) (5:1), acide ascorbique (vitamine C), eau, fructose, agent de conservation (sorbate de potassium, benzoate de sodium) et

Contenu net : Extrait de Propolis (10 % de Flavonoïdes), extrait de Echinacea (Echinacea sp.) (4% de Polyphénols), extrait de fleurs et de feuilles de Polyphénols), Miel d'Eucalyptus, acide ascorbique (vitamine C), huile essentielle de menthe (menthol), cérine végétale, conservateurs (sorbate de potassium, benzoate de sodium) et (caramel), acidifiant (acide citrique).

Contenu net : Extrait de Propolis (10 % de Flavonoïdes), extrait sec de propolis (8 % de Flavonoïdes), extrait sec de racine d'échinacée (Echinacea sp.) (5:1), extrait de feuilles de thym (Thymus vulgaris) (5:1), extrait sec de cerises des Antilles (Malpighia emarginata) (25 % de Polyphénols), Miel d'Eucalyptus, acide ascorbique «vitamine C», arômes, fructose, glycyrrhizinate monoammoniacal, anti-agglomérant (stéarate de magnésium).

PROPRIETES ET UTILISATION :

# FITOPOLIS®

Adultes **Solution buvable** - Enfants **Solution buvable** - **Comprimé**



Contenu net: **150 ml**

Lot:

A consommer  
de préférence avant le:

191122  
11-2022

PPC: 79,50 DH

**FITOPOLIS® Adultes** Solution buvable - flacons de 150 ml et 250 ml.  
Solution buvable - flacons de 150 ml et 250 ml. **FITOPOLIS®** comprimé

Contenu net : Extrait de Propolis (10% de Flavonoïdes), extrait de  
Echinacea (Echinacea sp.) (4% de Polyphénols), extrait de feuilles de thym  
(Thymus vulgaris) (5:1), acide ascorbique (vitamine C), eau, fructose, agent de  
conservation (sorbate de potassium, benzoate de sodium) et

Contenu net : Extrait de Propolis (10 % de Flavonoïdes), extrait de  
Echinacea (Echinacea sp.) (4% de Polyphénols), extrait de fleurs et de feuilles de  
Echinacea (Echinacea sp.) (4% de Polyphénols), Miel d'Eucalyptus, acide ascorbique (vitamine C),  
cérine végétale), conservateurs (sorbate de potassium,  
caramel), acidifiant (acide citrique).

Contenu net : Extrait de Propolis (10 % de Flavonoïdes), extrait sec de propolis  
(8 % de Flavonoïdes), extrait sec de racine d'échinacée (Echinacea sp.) (5:1), extrait de feuilles  
thym (Thymus vulgaris) (5:1), extrait sec de cerises des Antilles (Malpighia emarginata) (25 %  
acide ascorbique «vitamine C»), arômes, fructose, glycyrrhizinate monoammoniacal, anti-agglomé-  
rant (stéarate de magnésium).

PROPRIETES ET UTILISATION :

**OXIFLOR®**

(Ofloxacin)

**FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION**  
Boîtes de 10 et 20 comprimés dosés à 200 mg

**COMPOSITION**

Ofloxacin

Excipient : amidon de maïs, povidone, stéarate de magnésium

**CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE**

Antibiotique de la famille des quinolones.

**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT**

- Infections urinaires hautes et basses, aiguës

- Infections prostatiques

- Infections gynécologiques

- Infections gastro-intestinales et hépatobiliaires

- Infections ostéo-articulaires

- Infections bronchopulmonaires

- Infections ORL (sinusites chroniques, poussées de surinfection des otites chroniques, otites moyennes aiguës)

- Préparation pré-opératoire

- Septicémies

**CONTRE-INDICATIONS**

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Antécédent de tendinopathie avec une fluoroquinolone

- Hypersensibilité à l'ofloxacin ou à un produit de la famille des quinolones

- Epilepsie

- Déficit en G6PD

- Grossesse et allaitement, sauf avis contraire du médecin traitant (Cf. Grossesse et allaitement)

- Chez l'enfant jusqu'à la fin de la période de croissance

- Intolérance au lactose, en cas de galactosémie congénitale, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase.

**EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN**

**OU DE VOTRE PHARMACIEN.**

**MISES EN GARDE**

- Éviter l'exposition au soleil et aux rayonnements ultraviolets pendant la durée du traitement en raison du risque de photosensibilisation

- Tendinites : l'apparition de signes de tendinite demande un arrêt du traitement, la mise au repos des deux tendons d'Achille, et un avis en milieu spécialisé.

- La rupture du tendon d'Achille semble être favorisée par l'âge (sujets âgés) et par la corticothérapie au long cours.

**PRECAUTIONS D'EMPLOI**

Prévenez votre médecin en cas de :

- Antécédents de convulsions ou de myasthénie

- Gonflement du tendon d'Achille.

**INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS**

AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MÉDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTÉMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS À VOTRE MÉDECIN OU À VOTRE PHARMACIEN.