

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-791153

154310

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10A36 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMADI ANINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2023

Nom et prénom du malade : ELMADI ANINA Age :

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

Nature de la maladie : AFFECTION

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
08/03/23	C.S.		+ 250 d.l.f.	Dr. S. B. O.R.L. et Chirurgie de la Voix Bd. Abdou Bator El Kadi Res. Maimoun 7, Appt. 3 S.W. Maarouf - Casablanca

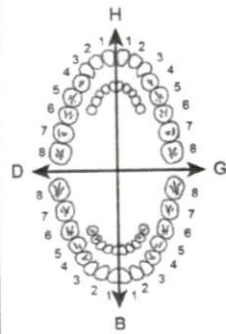
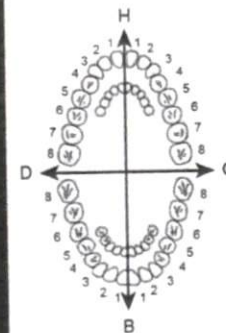
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Gold City Antilles com. Casablanca RDC N° 9 - 0522 59 07 09	08/03/2023	268,30

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	

VOILET ADHERENT

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		DES TRAVAUX	
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 B	21433552 00000000 G 00000000 11433553 B		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre
surdité, Ronflement et Allergie ORL
Acouphène, Pathologie de la voix,
Goitre



د. سناء الغازي

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة
جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن
تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية
، طنين الأذن، اضطراب الصوت
الغدة الدرقية

Ordonnance

Le : 08/3/23

1^{re} El madi Amina

Vita C1000®

PPV 15DH20
EXP 12/2025
LOT 2D032 16

167,00
1) Famox 1g sachet. 1sa 3/pt42

46,00
2) Esac 20mg g (30min aut repas)

15,30
3) Vit C 1000mg q 4x 10j

Dr. Sanae LRHAZI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Abou Bakr EL Kadir, Rés. Naim
Sidi Maarouf - Casablanca -

Adresse : Bd. Abou Bakr EL Kadir, Résidence Naim, Imm N°7 Appt 3, 1^{er} étage -

Tél : +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

4) 40,00 Cot.riel 20 up qp 39/5
le matin Pst 35

~~STE PHARMACE GOLF CITY~~
~~Centre com. me. 100 m. de la station Golf City~~
~~RDCN° 9 - Boulogne - Casablanca~~
~~Tél: 0522 59 07 09~~

75
~~STE PHARMACE GOLF CITY~~
~~Centre com. me. 100 m. de la station Golf City~~
~~RDCN° 9 - Boulogne - Casablanca~~
~~Tél: 0522 59 07 09~~

Dr. Sanae LRHAZI
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Abou Bakr El Kadri Res. Naim
N° 7, Appt. 3 Sidi Maarouf - Cas
Tél: 0522 59 07 09

ESAC[®]

ésoméprazole

20

mg

7 gélules

Microgranules
gastrorésistants

1/18

de

Voie orale

à l'heure du

à l'heure du



CR 017-4
PV 46DH00

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



31x31x60

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

كوتبرد®

بردنزلون
(ميتاسلفوبينزوات صوديوم)

20 ملغ

20 قرصا فوارا
قابلا للكسر

20 mg

(ميتاسلفوبينزوات صوديوم)

prednisolone

Cotipred®

20 comprimés
effervescents
sécables



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métsulfobenzolate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
métsulfobenzolate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 09/25

LOT: L3105

PPV: 167DH00
PER: 07-25
LOT: L2482

24 كتيلا

نسخة الأوكسيتالين -
حامض 5-فلافلانيليك 1/8



مسحوق لأجل
محلول للشرب
عن طريق الفم

الكنار

125/ج 1

نسخة الأوكسيتالين - حامض 5-فلافلانيليك

زموكس

