

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° P19- 056343

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 675 Société : 158402
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KALTOUM CHAUKI
Date de naissance : 29/11/1946
Adresse : APPA, IMM37, Résidence Safeg, Secteur ALGARDS, Hayatda, Safeg
Tél. 0660759500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Rabat Le : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur PHARMACIE BAB ARRAYSAN AV IBN AL HAYTAM N°60 LAAYAYDA SALE FIX 05 37 87 14 84 INPE	Date 01/3/2023	Montant de la Facture # 455.00 #

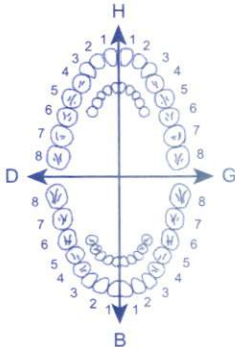
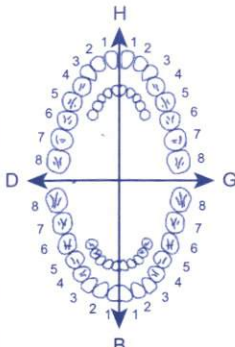
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr.Soumaya BOUZIDI
BELMAJDOUB HASSANI
Cardiologue

Diplômée de la faculté de Médecine - rabat
Diplômée d'échographie cardiaque - Bordeaux
Diplômée de cardiologie pédiatrique - Paris V
Diplômée d'angiologie - Casablanca
Ancienne interne du CHU - Avicenne - Rabat
Ancienne interne de CHU - Starsbourg / Paris



عيادة أمراض القلب و الشرايين
CABINET DE CARDIOLOGIE

الدكتورة سمية بوزيدي بن المجدوب الحسنيني
اختصاصية في طب القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب - جامعة محمد الخامس - الرباط
طبيبة داخلية سابقا بمرکز الإستشفائي ابن سينا - الرباط
متخصصة في الفحص بالصدى - كلية بوردو
متخصصة في فحص الشرايين بالصدى
متخصصة في طب القلب عند الأطفال - باريس
طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفيات الجامعية - ستراسبورغ - باريس

ORDONNANCE

Mme CHAOUKI KALTOUM

3x 79.70 = 239.10

1° - Azix Soum 1cp 15j
pus 1/2 cp/j x 3j

126.30

2° - Augmentin 1p
15x 3j x 7j

48.70

3° - Solupred 20mg
3cp/j 6mzhs x 3j

40.90

4° - Zinas 1cp
1cp/j 6mzhs

455.00

Millenium Business Center
Angle Avenue Mehdi Benbarka
et rue P. S Mohamed, 1er étage
Souissi, Rabat
Tel : 05 37 65 51 23

PHARMACIE BAB ARRAYSAN
AV IBN AL HAYTAM N°60
LAAYAYDA SALE
FIX 05 37 87 14 84

Millenium Business Center
سيدي محمد، الطابق الأول، السويصي الرباط
ملتقى شارع مهدي بن بركة و زنقة الأمير
الهاتف : 05 37 65 51 23

اسفاجا 20



45 ملج

(سولاط الزنك)

زيناسكين®

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024
LOT 18066 70

20 comprimés effervescents

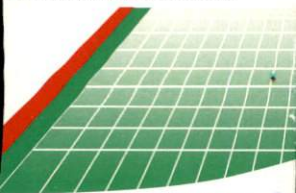
Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale



20 comprimés effervescent



SANOFI

Lot/Batch: 9269A
Fab./mfg.: 10/2021
EXP: 09/2024

Solupred® 20mg



AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

1g^{/125 mg}
sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 650794
PER: 08/24



 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 01425
LOT L172



3 Comprimés
sécatibles

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchil - Pharmacien Responsable

 **AZIX[®]** 500 mg
Azithromycine

b

 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 01425
LOT L172



3 Comprimés
séables

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

 **AZIX[®]**
Azithromycine

500 mg

b

 **AZIX[®]**

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV 79DH70
PER 01425
LOT L172

 **AZIX[®]**
Azithromycine

500 mg



3 Comprimés
sécatables

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b