

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

- 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

N° W21-770110

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12219 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NEHAJ OTMAN
 Date de naissance : 29/04/1986
 Adresse : Rue ALKARAN, 1^{er} étage, ANASSER, APH 12
 6 et 3 bit. 4, Hay Riad, Rabat
 Tél. : 0648120364 Total des frais engagés : 523,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/04/2023
 Nom et prénom du malade : NEHAJ OTMAN Age : 5
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : ANGINE
 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 : 21/04/2023

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
21.04.23	CS		3.220,00	INP : 121609039

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/4/23	323,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

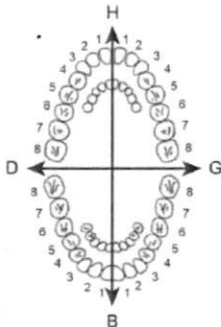
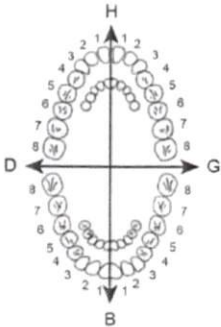
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>														
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</td> <td>G</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> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي
أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le 21/04/23 في الرباط،

Netaji Tayline

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

40,00

33.40 x 2

1

Amoxicil 500 mg

01 boite 203/

08 jours

49,00

2

predni 20 mg

1 cp 1/2 j

5 jours

89,00

3

Lavage du nez 202/

01 boite

Pirulou 2% : 1 pil 203/ 10 jours

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
N°17, Lot 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél. : 0537 71 67 82
INPE : 1028/1019



3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.
Hay Riad. Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 101169431

zineb.ghanimi@gmail.com

3, زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9.
حي الرياض.

الهاتف: 0537.57.01.54

3 Soliprane mnp

date 18/6h a 5

27.10

3 Zytac mnp

05al10 le soir

15ju



223.20

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
lot. 17 lot 18 19, Hay Riad
Rabat - Tél: 373 487 82
INPE: 102041019

PR-GHANIMI ZINEB
Professeur agrégée de pédiatrie
Médecine et Réanimation Néonatale
3 Rue hab lamouk. Immeuble Essafae
Appartement 1, secteur 9 hay Riad
Tél. 05 37 57 01 54

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable

amoxicilline

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 33,40 DH
LOT : 650960
PER : 08/2025

Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة من ففة 5 ملل

Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable

amoxicilline

..... cuillère(s)-mesure(s) fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة.... أيام

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بوصفة طبية فقط
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 33,40 DH
LOT : 650960
PER : 08/2025

Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة من فئة 5 ملل

DECONGESTION



BLOCKED NOSE

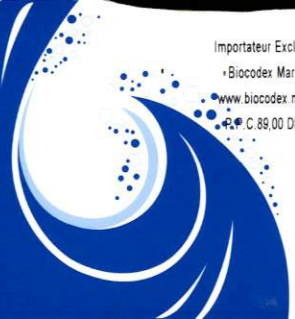
Quickly unblocks the nose
in case of colds and sinusitis
Prevents flu infection

Importateur Exclusif

• Biocodex Maroc

www.biocodex.ma

P.P.C. 89,00 DH



Sea water
microdiffusion
100% natural

Enriched with
COPPER

HYPERTONIC...
CHILDREN & ADULTS

27,40



Zyrtec® 1mg/ml

Solution buvable

Flacon de 60 ml



Remboursable AMO



Zyrtec®

1mg/ml

Cétirizine

Composition :

Cétirizine 2HCl..... 100,00 mg

Excipients.....q.s.p. 100,00 ml

Excipient à effet notoire : "

Glycérol.

Mises en garde spéciales : "

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي
أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

الرباط، في ٢٣. ٠٦. ١١. ٢٠١١

meHaji maylin

note d'honoraire

Consultation =

300 Dhs

Professeur agrégée de pédiatrie
Médecine et réanimation Néonatale
3, Rue Hab Lamlouk, imm Essafae,
Appartement 1, secteur 9, Hay Riad
Tél: 05 37 57 01 54

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.
Hay Riad. Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 101169431

zineb.ghanimi@gmail.com



3, زنقة حب الملوک، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9.
حي الرياض.

الهاتف: 0537.57.01.54

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

الرباط، في 21.06.23

me HAJI mayline

note d'honneur main

Consultation =

300 DHS

Dr. GHANIMI ZINEB
Professeur agrégée de pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Appartement 1, secteur 9, Hay Riad
Tél. : 05 37 57 01 54



3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9,
Hay Riad. Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 101169431

zineb.ghanimi@gmail.com

3, زنقة حب المملوك، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9.
حي الرياض.

الهاتف: 0537.57.01.54