

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-764649

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8756 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MRINI EL RHALI

Date de naissance : 01/03/1968

Adresse : Res WIAM, Imm 1, App 3, OULFA, CASA

Tél. : 06.63.60.03.61 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Maria ZAHRAOUI
Médecin Interne
Pathologie Infectieuse Hépatologie
Médecin Tropical
Maladie Sexuellement Transmissibles
85, Bd. Mly, 10000 Tetouan - CAS
Tél : 05.22.86.14.08 09

Date de consultation : 1/

Nom et prénom du malade : me Balahoune Amar Age : Ep

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

Nature de la maladie : Connectivite du Complex Siqueux Ac. arthralg.

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 : CASA BLANCA Le : 1/

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/10/22 | | 2 | 60000 | INP : I.N.P.E. 091140079 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| 10/06/2023 | | 27,63 € |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

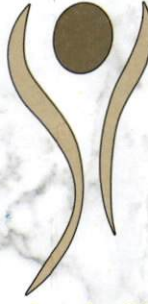
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES
GERIATRIE
HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE
PATHOLOGIES INFECTIEUSES
DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE
NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE
MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني
في كلية الطب بمستشفى باريس
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية
أمراض الشيخوخة
أمراض الكبد - المنظار الباطني
الأمراض المعدية
دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس
طب التغذية وعلاج السمّة - الطب الرياضي

20/10/2022

Casablanca, le في الدار البيضاء،

Mme BOUHASSOUN Amal Ep Mrini

SULFARLEM 500

1 comprimé 3 fois par jour

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 6 MOIS

Pr. Majida ZAHRAOUI
Médecine Interne
Pathologie Infectieuse - Hépatologie
Médecine Tropicale
Maladies Sexuellement Transmissibles
Paris

PHARMACIE ORLY SUD

BP 190

94542 AEROGARE SUD CEDEX 190

912013828

Tel : 0149757470

INSEE:

Fact. Num. : 13972

Date Fact. : 30/04/2023

Date Ord. : 30/04/2023

Medecin: ZAHRAOUI

Code Op: 2

Malade: BOUHASSOUN Amal

| QTE | DESIGNATION | CIP | Prix/U | BaseSS | HD | TxSS |
|-----|------------------|---------------|--------|--------|--------------|------|
| 9 | SULFARLEM S 25MG | 3400931178200 | 2,05 | - | 1,02 | 0 |
| | CPR 60 | Dus: 6 | | | Lot: 3600406 | |
| 1 | Honor. dispens. | | 0,51 | - | | 0 |
| | HR | | | | | |

MONTANT TOTAL : 28,14 MONTANT AMO : 0,00

MONTANT AMC : 0,00 MONTANT ASSURE : 28,14

Ces montants s'entendent ayant application, le cas échéant, de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0

VOIE ORALE

Lire la notice avant utilisation.

Ce médicament est préconisé en cas de sécheresse de la bouche et des yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé N° : 34009 311 782 0 0

TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS.



LOT : 3800406
EXP : 11 2026



3 4 0 0 9 3 1 1 7 8 2 0 0