

# 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

M23-002828

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JBARA Driss  
 Date de naissance : 01/01/1947  
 Adresse : 05, Rue Mohamed Gharnit Oujda  
 Tél. : 0664557044 Total des frais engagés : 2514,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. DEERSHAMARKHA Mohammad  
 Spécialité en Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Clinique Ach, 3 Bd Mohammed VI, Jellout Oujda  
 Date de consultation : 23/06/2023  
 Nom et prénom du malade : JBARA Driss Age : 76  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ischémie critique des 2 MS  
 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 : 23/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : *Chari*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0002828

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 : 01948  
 Nom de l'adhérent(e) : JBARA Driss  
 Total des frais engagés : 2514,10 Dhs  
 Date de dépôt : 23/06/2023



# 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
23/5/2023				Dr. DEERSHAMARKHA Mohammad Spécialité en Chirurgie Vasculaire Périmphérique Clinique Achitae, 3 Bd Mohammed Jelloul Djida 06 36 53 08 08 06 54 67 32 30

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. JASIR KHALIL INPE: 082104886	23/05/2023	266,00
	23/05/2023	1248,10

# 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	
LE PRO-IMPLANTS Boulevard de la Marine (Imm Laulej) 2ème Etage Appt 15 Djida Tél: 06 62 04 10 34	19.05.23					1000,00

VOLET ADHERENT

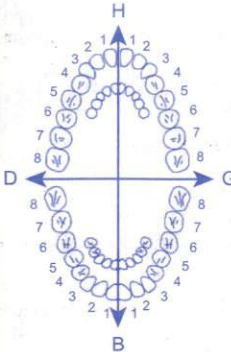
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

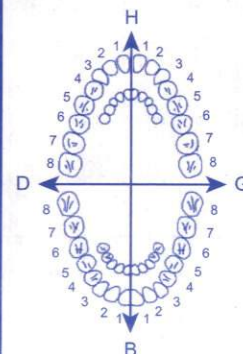
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN SINA  
CLINIQUE

مصحة ابن سينا - وجدة  
Clinique Ibn Sina - Oujda

## ORDONNANCE

Oujda, le 23/05/2023 وجدة في

Jbara Driss

$74.80 \times 2 = 149.60$

1) Septra 500mg

4980 2 sp x 21 J

2) Flagyl 500mg

$2220 \times 3 = 6660$

3) Codolipran 1g

1 Cp x 3 J

266.00

PHARMACIE LES JARDINS  
DE LAZARET  
Dr. NASSIRI KHALIL  
05 36 73 13 93

Dr. DEERSHAMARKHA Mohammad  
Spécialité en Chirurgie Vasculaire Peripherique  
Clinique Achifae, 3 Bd Mohammed Jellout Oujda  
05 36 53 08 08 06 54 67 32 30



080003130



PPV:22DH20  
PER:03/25  
LOT:M969

بارامیٹامول

## باراصیطامول و کودیین

بَارِاضِيَطَام

**00** **Codoliprane®**   
Paracétamol / Codéine  
**400 mg / 20 mg** 16 Comprimés  
sécables

**Codoliprane®**   
Paracétamol 400 mg  
Phosphate de codeïne 20 mg  
16 COMPRIMES SECABLES

**Codoliprane®**   
Paracétamol / Codéine  
**400 mg / 20 mg** 16 Comprimés  
sécables



6 118000 040217



6 118000 040217



6 118000 040217

سیپر و فلو

**SEPCEN® 500 mg**   
ciprofloxacine  
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

$F_{H, P}$

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80



6 118000 060062

## سیر و فلو

**SEPCEN® 500 mg**   
ciprofloxacine  
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

 $H_1$  is



IBN SINA  
CLINIQUE

مصحة ابن سينا - وجدة  
Clinique Ibn Sina - Oujda

## ORDONNANCE

Oujda, le 23/05/2023 وجدة في

Jbara Oriss

241,00

1) Apotel 25

3 poche X 31 J

$50,90 \times 3 = 152,70$

2) Acup

1 inj X 15

$106,70 \times 8 = 854,40$

3) Trina 25

1 inj 15

1247,10

PHARMACIE LES FRÈRES  
DR. LAZARET  
DR. NASSIRI KHALI  
05 36 73 13 93

Dr. DEERSHAMARKHA Mohammad  
Spécialité en Chirurgie Vasculaire Peripherique  
Clinique Achitae, 3 Bd Mohammed Jelloul- Oujda  
05 36 53 98 98 06 54 67 32 30



080003130

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-14-1  
PER: 05-2024  
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-22-1  
PER: 11-2024  
PPV: 106,80DH

COOPER  
PHARMA

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-14-1  
PER: 05-2024  
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-14-1  
PER: 05-2024  
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-19-1  
PER: 11-2024  
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-14-1  
PER: 05-2024  
PPV: 106,80DH

COOPER  
PHARMA

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-22-1  
PER: 11-2024  
PPV: 106,80DH

TRIAXON® I.V.  
1g/10ml  
Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081265

LOT: S-22-1  
PER: 11-2024  
PPV: 106,80DH

COOPER  
PHARMA

PPV: 241 DH 00

5202 50 dX3  
L480 107

5048284

**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

**Mode et voie d'administration**  
Voie parentérale : IV, IM.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
M.A. n°3400932421756



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé



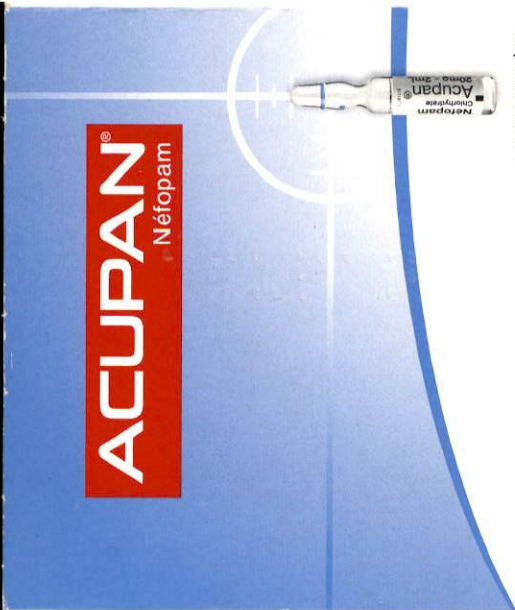
**Titulaire/Exploitant : BIOCODEX**  
7 avenue Gallieni - 94250 GENTILLY - France

19020/02

**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

**Composition** Chlorhydrate de néfopam : 20 mg.  
Excipients : phosphate monosodique, phosphate disodique, eau p.p.i. q.s.p. 2 ml.  
Excipient à effet notoire : sodium. (Voir la notice pour plus d'information)  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



**5 ampoules**  
**5 injectables**

**BIOCODEX**

**ACUPAN®**  
Néfopam

Indications, contre-indications,  
effets indésirables, précautions d'emploi  
Se reporter à la notice intérieure.

5202 50 dX3  
L480 107

5048284

**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

**Mode et voie d'administration**  
Voie parentérale : IV, IM.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
M.A. n°3400932421756



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**Titulaire/Exploitant : BIOCODEX**

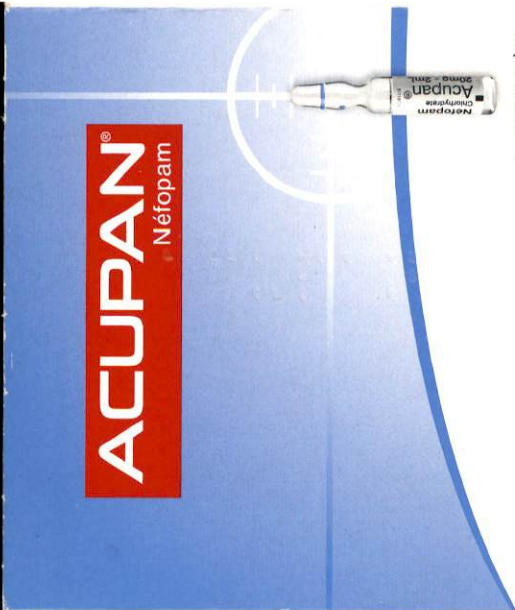
7 avenue Gallieni - 94250 GENTILLY - France



**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

**Composition** Chlorhydrate de néfopam : 20 mg.  
Excipients : phosphate monosodique, phosphate disodique, eau p.p.i. q.s.p. 2 ml.  
Excipient à effet notoire : sodium. (Voir la notice pour plus d'information)  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



**5 ampoules**  
**5 injectables**

**BIOCODEX**

19020/02

**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

Indications, contre-indications,  
effets indésirables, précautions d'emploi  
Se reporter à la notice intérieure.



5202 50 dX3  
L480 107

5048284

**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

**Mode et voie d'administration**  
Voie parentérale : IV, IM.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
M.A. n°3400932421756



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**Titulaire/Exploitant : BIOCODEX**

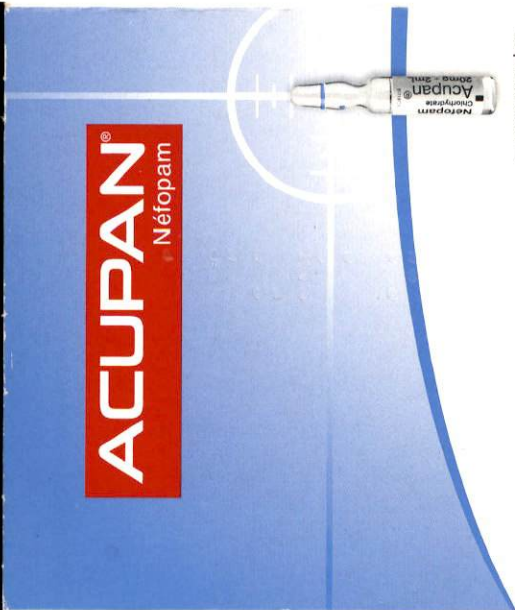
7 avenue Gallieni - 94250 GENTILLY - France



**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

**Composition** Chlorhydrate de néfopam : 20 mg.  
Excipients : phosphate monosodique, phosphate disodique, eau p.p.i. q.s.p. 2 ml.  
Excipient à effet notoire : sodium. (Voir la notice pour plus d'information)  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



**5 ampoules**  
**5 injectables**

**BIOCODEX**

19020/02

BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 50,90DHS

**ACUPAN®**  
Néfopam

5 ampoules injectables

Indications, contre-indications,  
effets indésirables, précautions d'emploi  
Se reporter à la notice intérieure.