

## 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

- 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

M22- 0051052

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOTMAH MED

Date de naissance : 09-07-1962

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0635 738 080 Total des frais engagés : 55,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

15/08/20

55,10

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

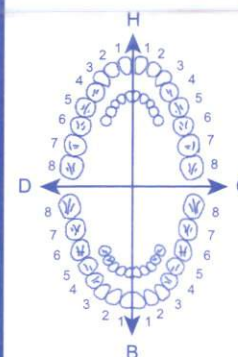
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



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]

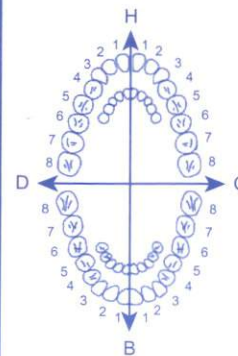
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

PHARMACIE NOUZHA

MME DIOURI AYADI NOUZHA

602 BD OUM EL RABIA EL OULFA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35035000

N° R.C. : 234244

N° CNSS :

N° ID.F. :

N° ICE 001665688000086

Tel : 901715

Fax

GOTNIAHMED

I.C.E. :

J

CASA

Le : 11/08/2023

FACTURE N° : 45134/23

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	DOLIPRANE 1G SUPPO AD	14,40	7	14,40
1	DOLOSTOP 1GR CP	10,60	7	10,60
1	MAXIDROL COLLYRE	30,10	7	30,10

TVA 7%: 3.60

Total : 55,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

CINQUANTE CINQ DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE NOUZHA  
DIOURI AYADI NOUZHA  
Diplômée d'Université de Bruxelles  
602, Bd Oum El Rabia - El Oulfa  
Casablanca - El Oulfa  
Tél: 0522.90.17.15 - Casa

Titulaire d'AMM au Maroc:

صاحب رخصة التسويق بالتفرع

Laboratoires SOTHEMA

B.P N°1 - 27182

Bouskoura-Maroc

Fabricant : الصنعة

Alcon-Couvreur N.V.

Rijksweg 14, B2870-Puurs, Belgique

Alcon Cusi, S.A

Camil Fabra 58, 08320 El Masnou,

Espagne

Soyez prudent! Ne  
pas conduire sans  
avoir lu la noticeكن حذرا لا تقد السيارة  
دون قراءة النشرة

MAXIDROL®

ماكسيدرول

COLLYRE

قطرات للعين

Dexaméthasone

Néomycine

Polymyxine B

الديكساميثازون  
النيوميسين

البوليبيمكسين - ب

Flacon de 5 ml

قارورة من فئة 5 مل

NOVARTIS

جدول أ (لائحة أ) - يعصرف فقط  
بموجب وصفة طبية

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Tableau A (Ligne 1) - UNIQUEMENT

SUR ORDONNANCE

لا يبلغ

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol collyre, 5 ml  
AMM Maroc N°54/DMP/21/NCV  
PPV : 30,10 DHS

406994

M/vis optométrique

EN INSTILLATION OCULAIRE

Composition:

mi de cétyle contient:

dexaméthasone 0,1%, néomycine 3500 U.I.

polymyxine B 6000 U.I.

Chlorure de benzalkonium.

Méthylparabène, chlorure de

sodium polyoxyde 20 (Tween 20), acide

chlorhydrique dilué, hydroxyde de sodium

et eau purifiée.

Excipient à effet notoire :

Chlorure de benzalkonium.

Lire attentivement la notice avant emploi.

Conserver à température ambiante

(15-25°C), à l'abri de la chaleur et de la

lumière et hors de la vue et de la portée

des enfants.

Agiter le flacon pendant 30 secondes

avant l'emploi.

Ne pas utiliser au delà de 30 jours après la

première ouverture du flacon.

من طريق العين، للتطبيق في العين

يحتوي ١ مل من قطرات العين على ١ ملغ من

الديكساميثازون 3500 وحدة دولية من

النيوميسين و 6000 وحدة دولية من

البوليبيمكسين - ب.

كلوريد البنزالكونيوم، البنيل هيدروكسي

البنزالكونيوم، كلوريد الصوديوم، بولي سوريات 20

الميثيلبارابين، حمض كلوريدريك المخفف،

هيدروكسيد الصوديوم وماء مقطر.

سواء كان تأثير معروف

كلوريد البنزالكونيوم

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

يحفظ في درجة حرارة معتدلة 15-25 درجة

مئوية بعيدا عن الضوء والحرارة

معلقة العين من قبل 30 ثانية قبل الاستخدام

لا يستخدم بعد مرور 30 يوم بعد الفتح الأول

للإدارة

# Dolostop<sup>®</sup>

1000mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Adulte



8

comprimés  
Voie orale

LOT : 2162  
PER : 02 - 26  
P.V. : 10 DH 60

Dolostop<sup>®</sup>  
Paracétamol

1000mg

8 comprimés

Voie orale





PPV 14DH40  
PER 08/24  
LOT L2881

1440

# Doliprane®

Paracétamol

1000 mg

10 Suppositoires

DOULEURS & FIEVRE



Adulte