

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0000868

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6493 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : TAHRI JODEI HASSANE IBRAHIM KHALIL  
Date de naissance : 21-3-59  
Adresse : AVE MY ABDEL AZIZ RESD. DAR EL AMAL ETGA EA N° 22 TANGER  
Tél : 666 244310 Total des frais engagés : 945,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENDALI Ahmed  
médecin généraliste  
Jirani II

Date de consultation : 13/10/2023  
Nom et prénom du malade : CHRAÏBI MERIAME Age : 54  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Antrax  
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 : TANGER Le : 13/10/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 00868

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 : 6493  
Nom de l'adhérent(e) : TAHRI JODEI  
Total des frais engagés : 945,60  
Date de dépôt :



# 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
13/10/23		C	200071	D. BENDALI Ahmed médecin généraliste N°11 Tél: 05 39 36 03 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/23	A 745,60 DH
		

## 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
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

80300

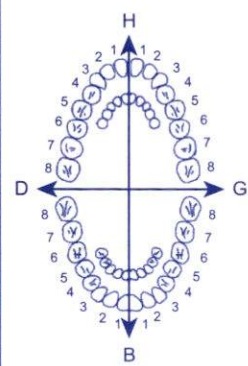
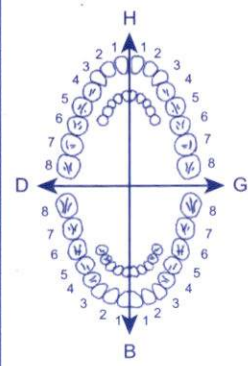
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Docteur AHMED BENDALI**  
**Médecine Générale**

Lauréat de la Faculté de médecine de Rabat  
Spécialiste en Santé Publique  
Lauréat de la Faculté de médecine  
de Nancy - France  
INPE : 161 131 164

الدكتور أحمد بن دالي  
الطب العام

خريج كلية الطب بالرباط  
اختصاصي في الصحة العامة  
خريج كلية الطب بفرنسا  
(ناني - فرنسا)

طنجة، le 13/10/2023

CHRAÏBI MERIEM

224,00

EXFORGE 160mg/5mg



ARXIB 50mg

950,00

Mim.

ARTIFLEX



1 - 12/12/2023

198,00

NOVARTIS

745,60

Dr. BENDALI Ahmed  
médecin généraliste  
Jirari II  
Tél: 05 39 36 03 00

Jirari II, Avenue Aïcha Al Moussafir, rue 85, n° 23  
1<sup>er</sup> étage - Tanger . Tél 0539 36 03 00



الجراري الثاني شارع عائشة المسافر زنقة رقم 85 - الطابق الأول  
E-mail : ahmedbendali35@gmail.com . طنجة



# ARTIFLEX®

## ROLL-ON

*Soin Naturel  
de Confort  
des Articulations  
et des Muscles*

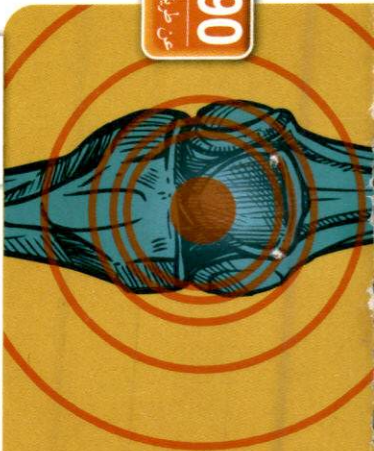
LOT: 2179/FC15  
EXP: 07/25  
PPC: 95.00DH

 **Ramo  
Pharm**

60 ml

LOT : 230227  
EXP : 02/2026  
PPV : 152,00DH

عن طريق الفم  
90 ملغ



أقراص مغلفة 14 x 1

مدة ٢٤ ساعة  
زوال ٢٤ ساعة

أريكس  
إيتوريكوستيبيد

COOPER  
PHARMA

ARIXIB® 90 mg  
14 comprimés

6 118000 083320

LOT : 230225  
EXP : 02/2026  
PPV : 76,60DH

90 ملغ  
عن طريق الفم



أقر اص مغلفة 7 x 1

مدة 7  
صباح 7  
زوال 7  
مساء 7

أريكسيب  
إيتوريكوكسيب

COOPER  
PHARMA

ARIXIB® 90 mg  
7 comprimés

6 118000 083313

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 5 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 5 ملغ من أملوديبين و 160 ملغ من فالسارتان



611800103056 9

**EXFORGE** ○

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة

لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

05 2024  
BYV97

EXP  
LOT

# NOCICEPTOL

**CONTRE  
LES DOULEURS**

**Musculaires  
Articulaires  
Post-traumatiques**



**AVEC EMBOUT  
APPLICATEUR**

**GEL  
ANTI-DOULEUR**

**PLUS RAPIDE  
EFFICACE**

**SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ\***

\*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT

PUC: 198.00DH



C185  
2025-01

CNK 3259-850



REV. 2021/01/C