

## 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

N° W21-826160

187918

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13077 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SERGATINI MOHAMED KARIM

Date de naissance : 15/03/1998

Adresse : 18544 13 APPT 7 AL FIRDAOUS Casablanca

Tél. : 0675624338 Total des frais engagés : 546,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/2023

Nom et prénom du malade : M. SERGATINI Mohamed Karim

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

Nature de la maladie : cholestérol élevé

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.

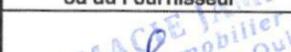
Fait à : Casablanca Le : 22/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

NET ADHERENT

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
20/12/2023		57	200 MF	INP : 0910631214

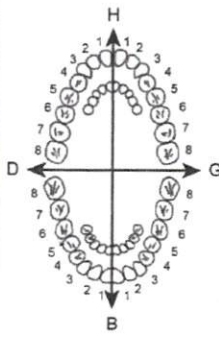
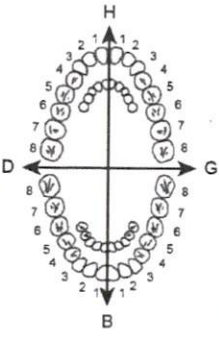
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	346,50

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

[illegible]

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

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 : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdellah FAKIR**  
**Médecine Générale**

الدكتور عبد الله فاكير  
 الطب العام

- ECHOGRAPHIE - الفحص بالصدى
- ECG - التخطيط الكهربائي للقلب
- DIABÉTOLOGIE - داء السكري
- PRÉVENTION ET DEPISTAGE EN GYNÉCOLOGIE - الوقاية والتشخيص المبكر لأمراض النساء

Casablanca, le 20/12/2023, الدار البيضاء

4<sup>e</sup> SERGENTIA  
 Mohamed El Hachimi

87.00  
 - Polouanie 200  
 21 J - 7 J  
 60.00  
 - arimed 20 J  
 4 sp 15 J - 5 J  
 19.60  
 - Pantal c 1000  
 2 sp x 31 J  
 51.00  
 - Brco liber Hup  
 2 sp x 41 J  
 55.10  
 - cromopolis sp 15 J  
 1 sp 15 J  
 73.80  
 - I XOR c 1000  
 1 sp 15 J - 14 J

---

346.50

PHARMACIE JAMAI  
 Essentielle Immobilier  
 180 N°1 Oulfa  
 Hay Hassani - Casablanca  
 Tél: 05 22 93 30 25

PHARMACIE JAMAI  
 Essentielle Immobilier  
 180 N°1 Oulfa  
 Hay Hassani - Casablanca  
 Tél: 05 22 93 30 25

IXOR® 20 mg 14 comprimés  
PPV 73DH89  
EXP 08/2025  
LOT 35009

PARANTAL C 1000®

PPV 19DH60  
EXP 11/2025  
LOT 29023 8

60,00

51,00

**Composition :**

Ambroxol chlorhydrate (DCI) : 30mg/5ml.  
Excipients q.s.p. 200 ml de solution buvable.  
Excipients à effet notoire : saccharose , sorbitol,  
aspartame, parabènes.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire la notice avant utilisation.**

**A conserver à une température ne dépassant  
pas 25°C.**

**التركيبية :**

أمبروكسول كلور هيدرات: 30 ملغ في 5 ملل.  
سواغات لك. كل 200 ملل من محلول للشرب.  
سواغات ذو تأثير معروف: سكروز، سوربيتول، أسبارتام،  
برابين.

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

يجب قراءة النشرة قبل الإستعمال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

**Médicament non soumis à prescription médicale**

دواء لا يخضع لوصفة طبية

BRNCOLIBER® 30 mg/ 5ml  
200 ml de solution buvable



Médicament autorisé N° 190/15 DMP/21/NTT

**Respecter les doses prescrites**

احترم الجرعات المحددة



OROPROPOLIS

OROPROPOLIS



**OROPROPOLIS**

**SPRAY BUCCAL**  
Oral Spray

*Extrait Actif de Propolis*

LOT : 258/PER : 06/2025  
PFC : 55.10 DHS

**OROPROPOLIS**

**SPRAY BUCCAL**

Oral Spray

**LABINDUS**  
SANTÉ AU NATUREL

Laboratoires LABINDUS

Distribué par PHARMASOFT

60, Zone industrielle Ain Chkef 30000 FES

Tél : 0535 403388 Fax : 0535 603918

BP : 5751 Fes - MAROC

Site web : [www.pharmasoftlab.ma](http://www.pharmasoftlab.ma)

500 ملغ

BioVanic 500 mg  
7 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 للخطوة الخامسة تيطسويل - افكار البيضاء

بيوفانيك

ليفوفلوكساسين

LOT: M0979  
PER: 02/2025  
PPU: 87.00 DH

مضاد حيوي  
عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

على 500 ملغ