

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, parodontologie 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

N° W21-820598

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12729 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 188412

Nom & Prénom : MEHAJI STEPHAN

Date de naissance : 29/04/1986

Adresse : Ave MURRAH - Dan TRAVEL
APT 12 Hay Hassani 20000

Tél. : 0668 00364 Total des frais engagés : 293,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

PR. GHANIMI ZINEB

Professeure agrégée de pédiatrie
Médecine et Réanimation Néonatale
3, Rue hab lamlouk, Imm Essafae
Appartement 1, secteur 9 hay Riad
Tél. 05 37 57 01 54

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.09.23

Nom et prénom du malade : MEHAJI mayline Age : 39

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

Nature de la maladie : Consultation + Vaccin

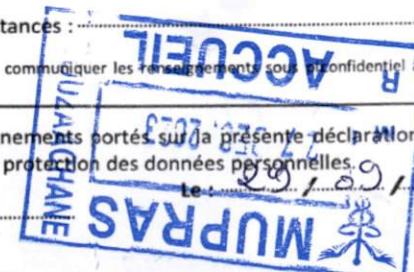
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 29/09/23

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2002.23	134,600dh
	25.10.23	358,20
		NPE402050796

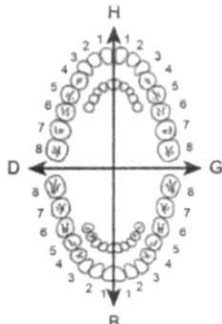
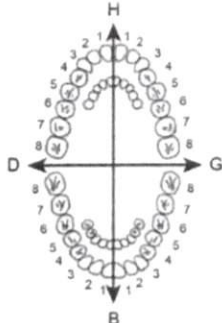
[illegible][illegible]

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 canalaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

PHARMACIE RYAD

MME ILHAM BOUZOUBAA

CC RIAD 1 - 8 AV. ENNAKHIL HAY RIAD - RABAT

RABAT

Taxe Profes. N°: 25560150

N° R.C. : 44306

N° ID.F. : 35 38 79 99

N° CNSS : 21 203 77

Tel : 0537710681

Fax :

MEHAJI MAYLIN

I.C.E. :

N° ICE 001604726000067

Le : 29/09/2023

FACTURE N°: 622/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	ZYRTEC PEDIA SIROP	27.40	27.40
1	NASACORT	107.40	107.40
4	VERZOL 400 MG SIROP 10 ML	22.50	90.00
1	BIOMARTIAL SIROP 120ML	115.00	115.00
1	NURODOL SIROP	19.00	19.00

TVA 7%: 15.95

TVA 20% 19.17

Total : 358,80

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

TROIS CENT CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS CTS

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tetraxim inj b1 ser 1 dose
P.P.V: 134,60 DH
6 118001 080724

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Nasacort 55 µg spray b1 n
P.P.V: 107,40 DH
6 118001 080816

PHARMACIE RYAD
8 AV. ENNAKHIL SECTEUR 21 Centre
COMMERCIAL - RABAT
Tel : 71.06.81

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23125
PER: 06/2025
PPV: 22,50 DH

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23125
PER: 06/2025
PPV: 22,50 DH

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23022
PER: 02/2025
PPV: 22,50 DH

VERZOL®
albendazole
Suspension buvable

LOT: 23125
PER: 06/2025
PPV: 22,50 DH

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي
أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le 29.09.23 في الرباط،

meHaji mayline



134,60
① tetra dim
tetra - 134,60

Dr. Zineb GHANIMI
Professeur agrégée de pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
3, Rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
Appartement 1, secteur 9,
Tél.: 05 37 57 01 54
Riad, Rabat.

PHARMACIE AL MINBAT
18, Av. Mehdi Ben Barka,
Squissal, Rabat,
Tél.: 06 37 15 16 07
00153444000050

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.

Riad, Rabat.

0537.57.01.54

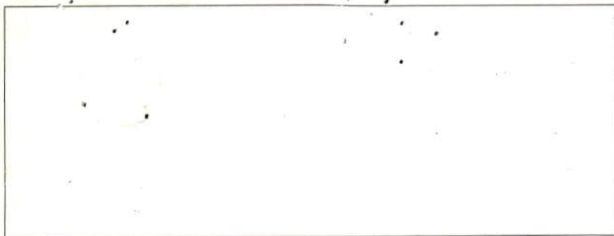
INPE 111069431



zineb.ghanimi@gmail.com

3. زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9.
حي الرياض.

الهاتف: 0537.57.01.54



1

Identification N° /

N° d'identification / Identifikationsnr. /
N° de identification / N° di identificazione /
N° de identificación / Identificação
n.º / Certificat Nr. / Αριθμός
Εγγύησης / Azonosítószám / Numer
identyfikacyjny / Identifikační číslo /
Идентификационный номер /
产品编号 / 識別號碼 / 보증 일련 번호 /
確認番号

2

Dealer Stamp / Cachet

du revendeur / Händlerstempel /
Dealerstempel / Timbro del
concessionario / Sello del concesionario /
Carimbo do fornecedor / Återförsäljarens
signatur / Σφραγίδα Αντιπροσώπου /
Forgalmazó pecsétje / Pieczęćka
pośrednika / Razítka prodejce /
Печать дилера / 经销商印章 / 行商蓋章
/ 판매점 직인 / 取引扱い店舗スタンプ

3

Purchase date / Date de l'achat /

Kaufdatum / Aankoopdatum /
Data di acquisto / Fecha de compra /
Data de compra / Inköpsdatum /
Ημερομηνία Αγοράς / Vásárlás dátuma /
Data zakupu / Datum prodeje /
Дата покупки / 购买日期 / 購買日期 / 구매
일자 / ご購入日

1

89416 1041 OP 8242 0030
50D*09009 ROLLING TOTE 15.6"

5 year

2

LSG Sky Chefs Belgium
PROVISION SHOP
BRUSSELS AIRPORT
VAT N° 477-705-697
VALUE ADDED TAX INCLUDED
COMMON MARKET GOODS

3

051118

Samsonite

19,00

27,40



BIOMARTIAL SIROP apporte le fer nécessaire et les vitamines B6 et B12

Le **fer** est un oligoélément nécessaire à notre organisme, en association avec les Vitamines B6 et B12, il contribue notamment :

- A la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène.
- Au fonctionnement normal du système immunitaire, et du système nerveux.
- A réduire la fatigue.
- Au développement normal des tissus.
- Il permet aussi de soutenir les performances intellectuelles.

Précautions d'emploi :

A consommer dans le cadre d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain.

Il est conseillé de ne pas dépasser la dose recommandée.

A conserver à une température entre 10°C et 25°C, à l'abri de l'humidité et de la lumière.

Garder hors de portée des enfants.

Food supplement
is not a medicine

LOT: 2210028
EXP: 10/2024
PVC: 115.000H



6 111261 530190