

# 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-797521

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03508 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL YAZIDI ABDERRAHMANE  
Date de naissance : 30/06/1950  
Adresse : RUE 528, N° 17 ERAC BOUARGANE AGADIR  
Tél. : 0760423230 Total des frais engagés : 342,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. Abdoullah NASSIR  
C.E.S DERMATO - VENEREOLOG  
2, Angle Rue Bakky & Rue Marrake  
Q.I. - AGADIR  
Tél: 05 28 84 54 41  
Date de consultation : 19 DEC 2023  
Nom et prénom du malade : EL YAZIDI ABDERRAHMANE 1950  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : DERMATOLOGIE  
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 : Agadir Le : 19.12.2023  
Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDF N° A-A-215/2019



# 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
	a	1	250,00	INP : 042034439 Abdoul-Ilah NADJIL S.DERMATO - VENEROLOGIE Angle Rue Bakkaï & Rue Mirraoui Q.I. Ag. Dii. Tél. 05 24 84 54

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IMAM AL BOUKHARI Dr. BIDNABEN FADIA LAHRA 100, Av. Imam Al Boukhari Erg. Bouargane - Agadir Tél. 05 24 84 54	19/12/23	92,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

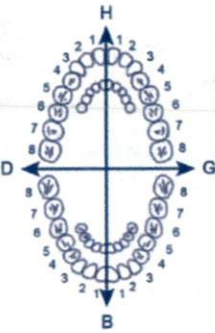
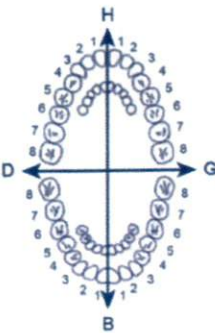
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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	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"/>														
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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		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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<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

**Dr NASSILA ABDOUL-ILAH**

Spécialiste diplômé de la faculté de médecine de NANCY

Membre de la société française de Dermatologie

*Maladies de la Peau, Cuir Chevelu, Ongles*

*Maladies sexuellement transmises*

*DIU Dermatologie Pédiatrique*

*Dermatologie Esthétique*

**الدكتور نسيلة عبد الإلاه**

إختصاصي خريج كلية الطب بنانسي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

أمراض الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض الجنسية المعدية

أمراض الجلد عند الأطفال

طب تجميل الجلد

أكادير، في : ..... 19 DEC. 2023

## CONSULTATION - ACTE

### "HONORAIRES"

Mr. Mme. *EL YAZIDI Abdelhakim*

*consultation 25000 DH*

*Deux cent cinquante DH*

Dr. Abdoul-ilah NASSILA  
C.E.S DERMATO - VENEROLOGIE  
2, angle rue Bekkay & Rue Marrakech  
Agadir  
Tél: 05 28 84 54 41

2. ملتقى زنقة مراكش و زنقة البكاي عمارة أوبدار 80020 أكادير  
2, angle rue de Marrakech et rue Bekkay Immeuble Oubidar 80020 AGADIR

Tél : 05 28 84 54 41 - E-mail : abdnas@gmail.com

INP : 041115411 - ICE : 001577981000017



## Dr NASSILA ABDOUL-ILAH

Spécialiste diplômé de la faculté de médecine de NANCY

Membre de la société française de Dermatologie

Maladies de la Peau, Cuir Chevelu, Ongles

Maladies sexuellement transmises

DIU Dermatologie Pédiatrique

Dermatologie Esthétique

## الدكتور نسيلة عبد الإلاه

إختصاصي خريج كلية الطب بنانسي

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجلد

أمراض الجلد و الشعر و الأظافر

الأمراض الجنسية المعدية

أمراض الجلد عند الأطفال

طب تجميل الجلد

أكادير، في : 19 DEC. 2023

75,50

75,50 Alex SV

19.12.2023

Locapred

SV

le matin en mange local

Dr. Abdoul-ILAH NASSILA  
C.E.S. DERMATO - VENEROLOGIE  
2, angle Rue Bakay & Rue Marrakech  
Q1 - AGADIR  
Tél: 05 28 84 54 41

PHARMACIE  
IMAM AL BOUKHARI  
Dr. BOUNABEN FATIMA ZAHRA  
00, Av. Imam Al Boukhari  
Erac Bouargene - Agadir  
Tél/Fax : 05 28 22 14 68

Dexyane et Polysoral

92,10 2x1 sur le fessiers en  
mange local

2. ملتقى زنقة مراکش و زنقة البكاى عمارة أوبدار 80020 أكادير  
2, angle rue de Marrakech et rue Bakkay Immeuble Oubidar 80020 AGADIR

Tél: 05 28 84 54 41 - E-mail : abdnas@gmail.com

INP: 041115411 - ICE: 001577981000017

أبليفاكس

ديكلوريدرات ليفوسيتيريزين

مضاد للحساسية

Aplevax® 5mg

Dichlorhydrate de Lévocétirizine

30 comprimés pelliculés



ملغم 5

30 قرصا مغلفا

**Formule :** Chaque comprimé pelliculé contient :  
Dichlorhydrate de Lévocétirizine 5 mg.

Excipients Q.S.P. Excipient à effet notoire : Lactose.

**Posologies, indications, Mode d'emploi,**

**Contre-indications :** Consulter la notice à

l'intérieur.

A conserver à une température inférieure à 30°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

الوصف : يحتوي كل قرص مغلف على :

ديكلوريدرات ليفوسيتيريزين 5 ملغم.

المواد ذات كفاءة أقل من واحد.

سواء ذو تأثير فعال : لا يكون.

تجربيات، إشارات، طريقة الاستعمال، دواعي

الإستعمال : أنظر النشرة المرفقة

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30°م.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

Aplevax®

Dichlorhydrate de Lévocétirizine

Antiallergique

5 mg

30 comprimés pelliculés

LOCAPRED® 0,1%

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

25/10/10  
25/10/10

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



LOCAPRED® 0,1%  
Crème  
Tube de 15 g



0,1%  
لو كاپريد  
0,1% ديزونيد  
دمن يستعمل فوق الجلد

Desonide 0,1%  
Crème Voie cutanée

LOCAPRED® 0,1%



P.P.V : 16DH60

LOCAPRED 0,1%  
CREME T15G

LOT : 23E012  
PER.: 07 2025

15 g  
TUBE

Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE