

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'H.
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

06 634 197 04
Déclaration de Maladie
M23-008682

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1575 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABB OUDA Younes
 Date de naissance : 20-09-1978
 Adresse : MASSIRA 3 A N° 377 Marrakech
 Tél. : 0663419704 Total des frais engagés : 995,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/12/2023
 Nom et prénom du malade : BELGOT Douma Raja Age : 40ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : sdg rippat
 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 : Marrakech Le : 27/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP 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
25/12/23	voir facture	8.00	10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/12/2023

195,50

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 :

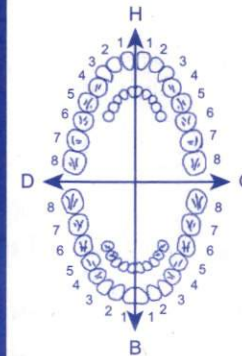
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

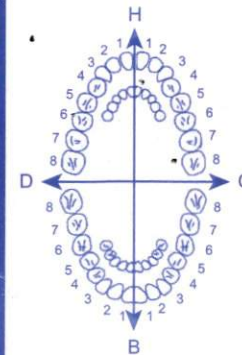
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
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



مصحة المطار
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة التخصصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- Centre de neurologie et neurochirurgie

- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرائين • مركز طب وجراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي وجراحي • مركز الأم والطفل • مركز الإنعاش والعناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية وتقنيات الحصى
- مركز أمراض وجراحة العظام • الجراحة البلاستيكية والتجميل • جراحة الدماغ والأعصاب والعمود الفقري

12/23
Docteur Hamza AMRI
Médecin Urgentiste
Clinique L'Aéroport Marrakech
INPE : 05291645
Bel Got Douma Roja,

- Particulier admise avec yeux pour
sel. groupé.
- Trois tendu me dirai et fient.
- Sortie sous ombre que res
amélioration

Docteur Hamza AMRI
Médecin Urgentiste
Clinique L'Aéroport Marrakech
INPE : 05291645
CLINIQUE L'AÉROPORT (SARL)
394 Avenue Gmassa
(route de l'Aéroport) - Marrakech
Tél : 0524 36 86 00
Fax : 0524 36 86 08

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- Centre de neurologie et neurochirurgie

• المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
• مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقنيات الحصى
• مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل • جراحة الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري

TBELGOT

Doune

CLINIQUE L'AÉROPORT
394, Avenue Gmassa
(Route de l'Aéroport) - Marrakech
Tél : 05 24 36 86 00
Fax : 05 24 37 33 06

6 = 257 / 21 / 20 23

127.80

① Ars. 50



14.60 r x 5

② D. Epine 100



16.30 r x 4

③ Soufr

DR. ABOUZEID GHIZLEINE
PHARMACIE AL AZHAR
Marrakech
Tél: 05 24 49 29 62
(cachet valide)

15.30 2 ytt x 3

④ 0.1 - 1000

21.50 r x 2

⑤ B. 1000

1 CE D x 3

Docteur Hamza AMRI
Médecin Urgentiste
Clinique L'Aéroport Marrakech
NPE: 071291645

195.50

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

PREV 140H60
PER 09/26
LOT W3051

الأوجاع و الحمى

8 أقراص فوارة
عقار لكسر

ملع 1000

باراميتامول

دوليبيران

لكسر

COMPOSITION :

Paracétamol 1000 mg
Excipients exp 1 comprimé effervescent

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que
maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires,
courbatures, règles douloureuses, la douleur de
l'arthrose.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg
(soit environ à partir de 15 ans).

Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.
[حذر : لا يجب أخذ جرعة واحدة ولا يسمح بتجاوزة الأقراص في اليوم.

الجرعة :
باراميتامول
سوائل كمية كافية ليرى فور واحد.
سواء ذو ثمر ملزم : مضاد

لواحي استعمال : يتم استهلاك علاج الألم و / أو
الحمى على سبيل المثال في حالة الصداع والتهاب
والآلام المفاصل. ولم الدورة الشهرية وآلام
التهاب المفاصل.
هذا التقديم مخصص للبالغين والأطفال من 50 كغ
فما فوق (حوالي 15 سنة).

Doliprane®

Paracétamol

1000 mg

8 Comprimés
effervescents sécables

DOULEURS & FIEVRE

Adulte

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

8 comprimés effervescents sécables

VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION : Voie orale.
POSOLOGIE : Lire attentivement la notice.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
طريقة الاستعمال : عن طريق الفم
الجرعة : اقرأ النشرة بعناية.
يحفظ بعيدا عن متناول ومراي الأطفال.
Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité
يحفظ الأنبوب مغلقا بعيدا عن الحرارة والرطوبة



6 118000 040361

AMM N° 41/79/ DMP/21/NRQDMM

bottin
82, Allée des Chénarres - 49100 - Candiac
S. Barrois - Pharmacie Rougemont

للاطفال والبالغين

فيتا سي 1000®
(فيتامين سي)
10 أقراص فائفة



FORMULE :

Acide ascorbique (Vitamine C) 1 g
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent

EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:

Sodium - Saccharose - Jaune orange S
Voir notice pour plus d'informations

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.

طريقة الاستخدام - الجرعة - التحذيرات
Laprophan
مطابق المستحضرات الصيدلانية الشمال إفريقيا - 21 - ريفعة الأردنية - النور البيضاء - المغرب
Laprophan
مطابق المستحضرات الصيدلانية الشمال إفريقيا - 21 - ريفعة الأردنية - النور البيضاء - المغرب



Vita C 1000®
(VITAMINE C)
10 Comprimés effervescents

Laprophan

مخصص للبالغين والأطفال من فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال.

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI: Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلق بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
TUBE à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescent



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 04/2026
LOT 32045 17

سوفران

SOUFRANE 2P.CENT
Solution pour pulvérisation nasale



تيوفينكربوكسيلات الصوديوم



2 بالمائة

محلول للرش

في الأنف

قنبنة من 20 مل

عن طريق الأنف

16, 30

127, 80

أريس 500 ملغ

سيبروفلوكساسين

ARES® 500 mg

Ciprofloxacin

20 Comprimés pelliculés



MC PHARMA
Laboratoire pharmaceutique

20

أقراص
مليسة

عن طريق الفم

ARES® 500 mg

Ciprofloxacin

20 comprimés pelliculés



Butovent® 0.04%

Salbutamol
Sirop - Flacon de 150 ml

PROMOPHARM S.A.

Sirop
Flacon de 150 ml

Salbutamol

0,04%

Butovent®

Butovent®

0,04%

Salbutamol

21,90



CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° 34 264 / 2023 du 31/12/2023

Nom patient	BELGOT DOUNIA RAJA	Entrée 25/12/2023	Sortie 25/12/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
AMI	1,00		200,00	200,00
FRAIS CLINIQUE	1,00		127,86	127,86
			Sous-Total	327,86
PHARMACIE	1,00		272,14	272,14
			Sous-Total	272,14
Total Frais Clinique				600,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. AMRI HAMZA (generaliste)	1,00	CS	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

	Total général	800,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : HUIT CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces 800,00				Total encaissé 800,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------



Le : 25/12/2023

Références

34 264 / PAYANT

Entrée / Sortie : 25/12/2023 - 25/12/2023

Le Dr. AMRI HAMZA

présente à Mme BELGOT DOUNIA RAJA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Docteur AMRI HAMZA
Clinique L'Aéroport
Mme BELGOT DOUNIA RAJA
IN - 0712/045

Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient BELGOT DOUNIA RAJA	N° Facture : 34 264	23L250739
---------------------------------------	----------------------------	------------------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ATROVENT 0.5MG A INJ (10)	3	6,88	20,64
METHYLPREDNOSOLONE 120mg INJ (20)	1	35,00	35,00
PARACETAMOL 1g INJ (01)	1	16,50	16,50
SS 0.9% 500ml POCHES (01)	1	24,00	24,00
Sous-Total médicaments			96,14
GANT D'EXAMEN M (100)	4	1,50	6,00
INTRANUL 20 G ROSE (001)	1	20,00	20,00
INTRANUL 22 G BLEU (001)	1	20,00	20,00
MINI NEBULISEUR ADULT (01)	1	90,00	90,00
PERFUSEUR KDL (001)	1	30,00	30,00
SERINGUE 10 CC (01)	1	10,00	10,00
Sous-Total consommable médical			176,00
(*) Conditionnement hospitalier	Total pharmacie		272,14

