

# 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

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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à caractère personnel.

MUPRAS : Centre de la Ville - Casablanca - 15 45 (LG) - Fax : 05 22 72 78 18 - w



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-809121

*pay commun*

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495

Société :

☒ **Actif**

☐ **Pensionné(e)**

☐ **Autre**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 20 / 04 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-809121

Remplir ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Couper et conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de consultation :



# 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
23/03/24	C5		3000dh	INPE 101173987

Dr. KISSI Mehdi  
Spécialiste en ORL  
et Chirurgie de la Face et du Cou  
3, Av. Al Amir My Abdellah, Im. (Mc.Donalds)  
Appt 17, Centre Ville - Rabat  
Tél: 05 37 70 96 90 INPE - 101173987

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULI ABDELLAH 12, Av. Prince Moulay Abdellah Tél: 05 37 70 96 90	23/03/24	255,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

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 pratique 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>11433353</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433353	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433353																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN	ESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**ORL** - Chirurgie du Cou et de la Face  
Spécialiste dans les maladies et la chirurgie  
des Oreilles, du nez et de la gorge  
Chirurgie de la Thyroïde  
Surdité - Vertiges - Ronflement  
Exploration endoscopique



اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق - جراحة الغدة الدرقية  
نقص السمع - الدوخة - الشخير  
التشخيص بالنظار الداخلي



**Mr ESSALHI ABDELAZIZ**

APV 14 DH 60  
PER 04 / 26  
LOT M 1.189

PPV : 21,30 DH  
LOT N° : HM7524  
EXP : 12/2026

**5 gouttes x 2 / j pdt 8 j**

1cp x 2/j    pdt 7j

**1 cp 3 fois / j si douleur**

1 app le soir pdt 10 j  
puis 1 app 1 j / 2 pdt 10 j  
puis 1 app 1j /3 pdt 10 j  
puis 1 app 1 fois par semaine

et Chirurgie de la Face et du Cou  
3, Av. Al Amir My Abdellah, Im. (Mc. Donalds)  
Appt 17, Centre Ville - Rabat  
Tél: 05 37 70 96 90 INPE, 101173987

3, Av. Al Amir Moulay Abdellah, Apt. 17 (Immeuble Mc Donalds) - Centre Ville - Rabat 17 (عمارة ماك دونالد) وسط المدينة - الرباط

Tél : 05 37 70 96 90    Gsm : 06 66 69 92 13    Email : [kissimehdi@gmail.com](mailto:kissimehdi@gmail.com)



Voie auriculaire

Ciprofloxacin /  
fluocinolone  
acétone

Solution pour instillation auriculaire

3 mg/ml + 0.25 mg/ml

Cetral plus

Cetral plus

3 mg/ml +  
0.25 mg/ml

Solution pour  
instillation  
auriculaire

Ciprofloxacin /  
fluocinolone  
acétone



Voie auriculaire

Flacon de 10 ml



Salvat

7

التركيب :

يحتوي كل مليلتر من المحلول على 3 مغ  
من سيروفلوكساسين (على شكل  
هيدروكلوريد مونوهيدرات) و 0.25 مغ  
من فليوكينولون (على شكل  
أستونيد).

السواغات : باراهيدروكسي بنزوات  
الميثيل (E218)، باراهيدروكسي بنزوات  
البروبيل (E216)، بوفيدون - K-90-F،  
ثنائي إيثيلين جليكول أحادي إيثيل  
إدر، جليسرث-26، حمض الهيدروكلوريد  
(E507)، هيدروكسيد الصوديوم (E524)،  
ماء مقطر.

سواغات ذو تأثير فعال : باراهيدروكسي  
بنزوات الميثيل، باراهيدروكسي بنزوات  
البروبيل.

للمزيد من المعلومات: انظر النشرة  
المرفقة.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة  
مئوية.

لا ينبغي استخدام هذا الدواء أكثر  
من شهر من بعد فتحه.

يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و  
مراى الأطفال.

سيتر اكسال<sup>(م)</sup> بليس

3 مغ / مل +

0.25 مغ / مل

محلول

للتقطير فى الأذن

سيروفلوكساسين /

فليوكينولون

أستونيد

عن طريق الأذن



قارورة من فئة 10 مل



Salvat

Cetral plus

Ciprofloxacin/fluocinolone acétone

Flacon de 10 ml



6 118001 273539

LOT N°:

PER:

T 403 07/2025

FAB:

07/2023

PPV: 89,90 DH





131,150

50

COOPER PHARMA

20 x 20 قرصا ملنسا

ملء 500  
عن طريق الفم



ستيفكس ٥٠٠  
سيفتراسكولاسين

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse  
يستحسن تجنب استعمال سيفتراسكولاسين أثناء الحمل  
خطر = danger  
SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER



ملء 500  
عن طريق الفم

AMM N° 761/16DMP/21/NRQ

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice à l'intérieur  
أول البشارة بقراءة دليل الاستعمال

COMPOSITION:  
التركيبية:  
Ciprofloxacin 500 mg  
Ciplofloxacine 500 mg  
Excipients: q.s.p 1 comprimé pelliculé  
500 ملغ  
ستيفكس ٥٠٠  
عن طريق الفم

Soyez très prudent  
كونوا على حذر شديد  
Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé  
تجنب القيادة دون استشارة طبيب



Ne laisser ni la portée ni la vue des enfants  
لا يترك في متناول صغار الأطفال  
Conserver à une température ne dépassant pas 30°C  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية  
Ne pas utiliser après la date de péremption figurant sur la boîte  
لا يستعمل بعد تاريخ انتهاء الصلاحية المكون على العلبة

Spectrum<sup>®</sup>  
ciprofloxacin

500 mg  
Voie orale



20 x 20 Comprimés pelliculés

COOPER PHARMA

DURÉE  
MATIN  
MIDI  
SOIR