

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-439995

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11985 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KADMIRI HIND  
 Date de naissance : 06.12.1978  
 Adresse : LA PERLE DE NOUVEAU IMB 04 APT 21 CASABLANCA 27000  
 Tél. : 0661238098 Total des frais engagés : 1552 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2019  
 Nom et prénom du malade : KADMIRI HIND Age : 40 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 OCT. 2019  
 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 : 09/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

# 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
27/09/19		65	250 DH	INP : 091486770

**Dr. S. KADIN**  
 ORL - Otorhinolaryngologie - Fessale  
 Bd. Abdou Moumouni - Kadin Res. Naim  
 Im. 7, A. Maârouf - Casa  
 Tél. 0522 78 00 88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MA PERLA Dr. Meryem DYACH - Ep. ZOUM Perles de... 19 68	27/09/19	302.10

# 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"/>														
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



Dr. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et  
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre

Surdité, Ronflement et Allergie ORL

Acouphène, Pathologie de la voix,

Goitre



د. سناء الغازي

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن

تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية

طنين الأذن، اضطراب الصوت،

الغدة الدرقية

Pharmacie MA PERLA  
Dr. Meryem YACHRI EL ZOUINE  
Perles de Naim - 14<sup>th</sup> 14<sup>th</sup>  
Tél : 05 22 52 78 00

Le. 27/09/19

Mr Kadiri Hind

96,00

1) Propolis pulv nasal. 1 pulv 4/j pht 10j

2) Budena pulv nasal : 2 pulv 2/j de chap FN pht 1se au  
2 pulv 1/j le matin de chap FN pht 3se au  
149,00

3) Anaprel 20mg cp. 3 cp/j le matin pht 07j  
57,10

4) Flibron sirop. 1ccs 3/j pht 10j

5) Augmentin 1g sachet. 1s 3/j pht 08j

302,10

Dr. Sanae LRHAZI  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
Bd. Abou Bakr El Kadiri Rés. Naim  
Imm. 7, Appt 3 Sidi Maarouf - Casa  
Tél : 0522 78 00 88

Adresse : Bd. Abou Bakr El Kadiri, Résidence Naim, Imm N°7, Appt 3, 1<sup>er</sup> étage -

Sidi Maarouf - Casablanca -

Tél : +212 522 78 00 88 - +212 657 07 64 07 - Email : sanaelrhazi@gmail.com

# أنبريد 20 ملغ

Anapred 20 mg  
30 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



LOT: M0170  
PER: 11/2020  
PPV: 57.10 DH



بردنيزولون

عن طريق الفم  
30 قرص متحلل

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. واجدي صيدلي مسؤول  
100 107 المنطقة الصناعية بيطاميل - الدار البيضاء

Deva

التركيبه  
بيديزونييد  
100 ميكروغرام لكل جرعة :  
السواغات : الكمية الكافية  
الجرعة ، دواعي ، موانع و احتياطات الإستعمال : المرحو  
قراءة النشرة قبل الإستعمال .  
المرجو إستشارة الطبيب أو الصيدلي في حالة حدوث  
مشاكل مرتبطة بكيفية استعمال الدواء .  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال .  
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30°C بعيدا عن الضوء .  
لا يجمد .

Médicament autorisé N°: 129 DMP/21/NCI

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A

جدول A

BUDENA® 100 mcg ○

Flacon de 200 doses  
Suspension pour  
pulvérisation nasale



6 118001 250127

Ce médicament + GROSSESSE  
= DANGER  
Ne pas utiliser chez les filles  
adolescentes, femmes en âge  
de procréer ou enceintes, sauf  
en cas d'échec des autres  
traitements ou en l'absence  
d'alternatives thérapeutiques.

بيدينا

بيديزونييد

100 ميكروغرام

معلق للإستنشاق  
عن طريق الأنف

LOT 0036N004

EXP 01/21

PPV 149DH00

200 جرعة

حرك قبل الإستعمال

Cleans & Protects

GÉNÉRATION  
SANTÉ

Laboratoires Pharmaceutiques



# PROPOLIS SPRAY NASAL

Extrait de propolis

Spray 100ml  
Solution physiologique  
pour toute la famille



**LOT** SP1172173

Date de péremption :

11/2020

**PPC : 96.00 DH**