

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0031970

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9496 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : NIKEL Hamza
Date de naissance : 15/09/66
Adresse : AD RAYAHINE
Tél. : 06 66860579 Total des frais engagés : 2427,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : GUERRAOU Souad Age: 54
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 :
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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

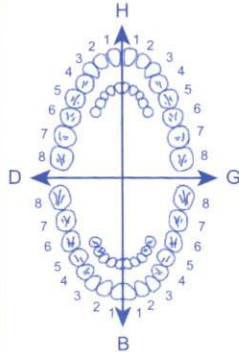
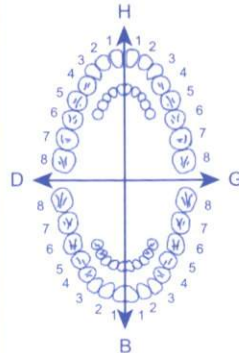
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1601584

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : NIKEL Hamza
Matricule : 94 96 Fonction : Poste : Actif 2198
Adresse : ARRAYAHINE VILLA 15 Tanesma
Tél. : 06 66 86 05 75 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Dr Guerbandoun Age 05 05 05 69
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin : 01/12/2023
Nature de la maladie : Dyspnée et toux
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A [Signature] le 1 / 12 / 2023 Signature et cachet du médecin
Docteur Ghali IRAQI
Professeur de Pneumologie
19, Angle R. Hassan Fes et Dr. Agdal
Immeuble : D.C. - Rabat
Tél. Fax : 05 39 13 13 94
INPE : 101110054

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION **1601584**
Matricule N° : 94 96
Nom du patient : GUERBANDOUN Adharent Nihel
Date de dépôt : 15/12
Montant engagé 2427,40
Nombre de pièces jointes :



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
11/12/23	C3	30, 20	20, 20	Docteur Ghali IRAQI Professeur de Pneumologie 19 Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal Immeuble Yatibi, App. 4, R.D.C - Rabat Tél/Fax : 0537 68 60 00 / 0694 13 13 94 INPE : 101110050

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WARD Tél: 05 37 58 98 08 - INPE: 102094356	11/12/23	1927,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

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

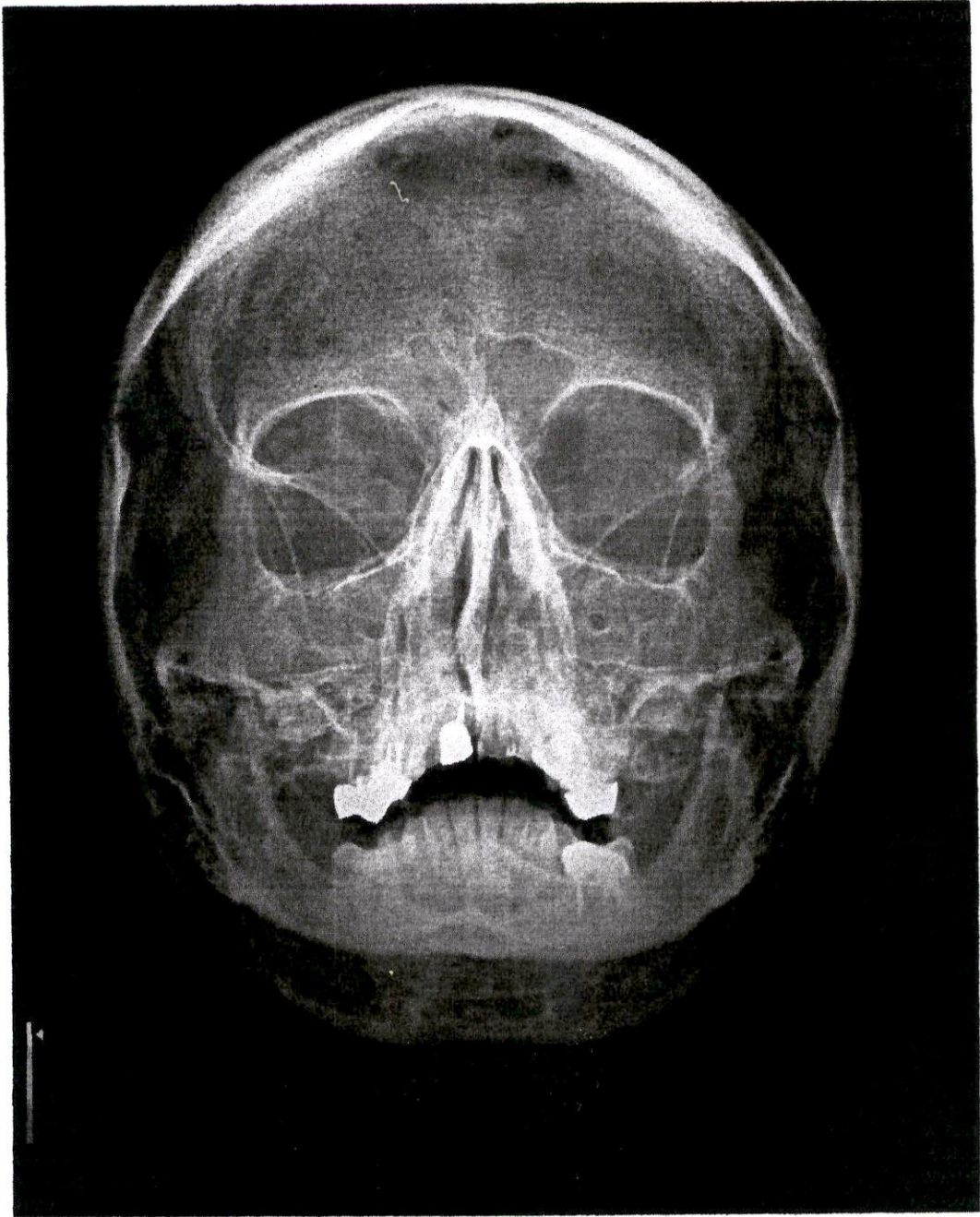
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANT DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000	D	G	35533411	B	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000	D	G													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

Patient ID	202312019550	Patient Name	GUERBAOUI SOUAD	DOB	12-01-2023	Sex	F
Study Desc.				Study Date	12-01-2023	Age	0J

Image Comments



Docteur Ghali IRAQI

Professeur de Pneumologie
Ex directeur et chef de service de Pneumologie du
C.H.U Moulay Youssef - Rabat
Spécialiste des maladies respiratoires de la
Faculté de médecine de Toulouse
Adultes - Enfants
Asthme - Tuberculose - maladies allergiques
Apnées du sommeil - consultation anti-tabac
Explorations fonctionnelles et endoscopiques



الدكتور غالي عراقي

أستاذ في أمراض الجهاز التنفسي
مدير سابق ورئيس المصلحة
بمستشفى مولاي يوسف بالرباط
اختصاصي، خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا
البالغين - الأطفال
الضيقة - السل - الحساسية - أمراض التدخين
الشخير - فحص الوظيفة التنفسية

Rabat, le 04/11/2023

Mme Guerbaoui Sarah RH

387.00 x 2

① Foster

209.00 x 2 2 x 2 / j 2 em

② Motrinex 10mg

1 cp le matin au coucher x 2 em
83.50 x 2 / Rhinolaya forte 2 / j x 1 em
1 lauff nasal

190.00 x 2

Aeromax

37.60 7 Neuprel 20 2 cp x 10
75.50 x 2 / Aplevax 5 30 cp 2 x 2 cp x 10
Per 2 em

Docteur Ghali IRAQI

Professeur de Pneumologie
19, Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal
Immeuble Yatribi, App. 1, R.D.C - Rabat
Tél./Fax : 0537 68 60 00 / 0694 13 13 94
INPE : 101110054

19, Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal Immeuble Yatribi App 1 R.D.C - Rabat

19 زاوية زنقة واد فاس ودرعة - عمارة يتربي - شقة 1 أكادال - الرباط

GSM : 06 94 13 13 94 - الهاتف / الفاكس : Tél. / Fax : 05 37 68 60 00

E-mail : ghaliiraqi@gmail.com : البريد الإلكتروني

BAIDA
PACK
06 40 38 356/7
2204105

4474558792
11/2021

Chaque comprimé pelliculé contient 10 mg de Montelukast (sous forme de Montelukast Sodique).
Protéger de la Lumière. A conserver dans un endroit sec, à une température ne dépassant pas 30°C.
les comprimés Motrinex® contiennent du Lactose, pour plus d'information, se référer à la notice intérieure.
Ne pas utiliser si le scellage du blister est endommagé.
Indications et Posologie: Se référer à la notice intérieure.
N° d'AMM: 242/ 20 DMP/21/NNP ad

6 118001 201372

EPI Titulaire de l'AMM au MAROC: POLYMEDIC
Rue Amyot d'Inville-Quartier Aarsalane.
Casablanca - MAROC
Na'ur - Amman - Jordan.
Dar Al Dawa Development & Investment Co. Ltd.
Prince Hashem Bin Al-Hussein Street.
Na'ur - Amman - Jordan.

Nom et adresse du fabricant:
Dar Al Dawa Development & Investment Co. Ltd.
Prince Hashem Bin Al-Hussein Street.
Na'ur - Amman - Jordan.

EPI Titulaire de l'AMM au MAROC: POLYMEDIC
Rue Amyot d'Inville-Quartier Aarsalane.
Casablanca - MAROC
Dr. r. BELABDA- Pharmacien Responsable

6 118001 201372

Chaque comprimé pelliculé contient 10 mg de Montelukast (sous forme de Montelukast Sodique).
Protéger de la Lumière. A conserver dans un endroit sec, à une température ne dépassant pas 30°C.
les comprimés Motrinex® contiennent du Lactose, pour plus d'information, se référer à la notice intérieure.
Ne pas utiliser si le scellage du blister est endommagé.
Indications et Posologie: Se référer à la notice intérieure.
N° d'AMM: 242/ 20 DMP/21/NNP ad

يحفظ في العبوة الأصلية من أجل الحماية من الرطوبة.
لا تقم بإزالة جهاز الاستنشاق من الكيس إلا قبل الاستخدام الأول.
بعد الفتح الأول للكيس، يجب استخدام الدواء في غضون ستة أشهر وتخزينه عند درجة حرارة لا تتجاوز 25° مئوية.
يصرف بوصفة طبية.
يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال.
الجرعة وطريقة الاستخدام
اقرأ النشرة قبل الاستخدام.

6 118001 261253

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine, à l'abri de l'humidité.
Ne retirer l'inhalateur de son sachet qu'immédiatement avant la première utilisation.
Après la première ouverture du sachet, le médicament doit être utilisé dans un délai de six mois et conservé à une température ne dépassant pas 25°C.
A utiliser sous prescription médicale
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION
Lire la notice avant utilisation.

6 118001 261253

NEOPRED®
Prednisolone 20mg

Indications - Contraindications - Posologie -
Mode d'emploi : lire notice intérieure.
الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - الجرعة
كيفية الإستعمال : اقرأ النشرة الداخلية

Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.

AMM N° : 280R1/19DMP/21/NNP

NEOPRED®
Prednisolone 20 mg
20 comprimés ppv : 37,40 DH
6 118000 181919

Matin Midi Soir Repas
Durée

(65x35x35) mm

50 ml e 89 3 REF ACL 470 196.9
CN 172330.7
CE 0459
3 700366 000580
LOT: 30131
PER: 03/2026
PPC: 83,50DH

50 ml e 89 3 REF ACL 470 196.9
CN 172330.7
CE 0459
3 700366 000580
LOT: 30131
PER: 03/2026
PPC: 83,50DH

Aeromax®
Budesonide
LOT: 0669053A
PER: 11/2024
PPV: 190.00 dh

A2
Oed

PPV : 209,00Dhs
LOT : 4356
FAB : AOU. 22
EXP : AOU. 24

4474558792
11/2021

PPV : 209,00Dhs
LOT : 4356
FAB : AOU. 22
EXP : AOU. 24



فستار®

6/100 ميكروغرام ابرة
مسحوق للإستنشق

ديبروبيونات البيكلوميتازون لا مائي ميكرونيزي /
فوماتات فورموتيرول ثنائي الهيدرات ميكرونيزي

PPV=387DH00
mcg/dose
100/6
6/100
ميكروغرام / جرعة
فستار
FOSTER
Vignette

Ne pas dépasser la dose prescrite

احترم الجرعات المعينة

Uniquement sur ordonnance
Tableau A (Liste I)

120 جرعة عن طريق الإستنشاق

فستار®

6/100 ميكروغرام اجرعة
مسحوق للإستنشق

ديبروبيونات البيكلوميثازون لا مائي ميكرونيزي /
فوماتات فورموتيرول ثنائي الهيدرات ميكرونيزي

Vignette
FOSTER
100/6
6/100
ميكروغرام / اجرعة
PPV=387DH00

عن طريق الإستنشاق 120 جرعة

Ne pas dépasser la dose prescrite

احترم الجرعات المعينة
Uniquement sur ordonnance
Tableau A (Liste I)

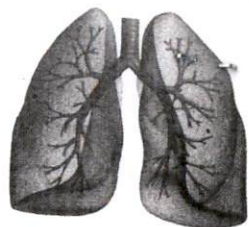
Pr. Ghali IRAQI

19, Rue Draa Agdal - Rabat

Tél/Fax : 05 37 68 60 00

GSM : 06 94 13 13 94

E-mail : ghaliiraqi1@gmail.com



Rabat le : 01/12/2023

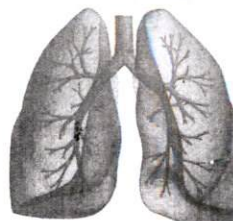
Pr. Ghali IRAQI

19, Rue Draa Agdal - Rabat

Tél/Fax : 05 37 68 60 00

GSM : 06 94 13 13 94

E-mail : ghaliiraqi1@gmail.com



Rabat le : 1-12-23

Compte Rendu Radiologique

La radio sinus de
Mme Guerbaoui Souad
montre une opacité de
L sinus maxillaire

Docteur Ghali IRAQI

Professeur de Pneumologie

19, Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal

Immeuble Yatibi, App. 1, R.D.C - Rabat

Tél/Fax : 0537 68 60 00 / 0694 13 13 94

INPE : 101110054

Facture

ICE : 001704083000060

IF : 15215253

NOM ET PRENOM : Mme GUERBAOUI SOUAD

Radio Sinus : 200 DH

Consultation : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cinq Cent Dirhams

Docteur Ghali IRAQI

Professeur de Pneumologie

19, Angle Rue Oued Fes et Draa Agdal

Immeuble Yatibi, App. 1, R.D.C - Rabat

Tél/Fax : 0537 68 60 00 / 0694 13 13 94

INPE : 101110054