

# 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
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



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

## Déclaration de Maladie

M23-004079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société : 196170

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAIRI MALIKA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. M. BENNIS  
Maladies Allergiques  
Tél : 05 22 90 77 88  
INPE : 091026526

Date de consultation : 23 / 01 / 24

Nom et prénom du malade : Tahia AARIZA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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 : Le : 23 / 01 / 24

Signature de l'adhérent(e) : DR. M. BENNIS  
Maladies Allergiques



# 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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 23-1-24         |                   | C                     | 300 000                         | DR. M. BENNIS<br>Maladies Allergiques<br>Tél: 05 22 90 77 88<br>INPE: 091026526 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                      | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Pharmacie JADIDA<br>Tél: 05 22 90 77 88<br>240, Boulevard de la République<br>37000 TOURNAI | 23/01/24 | 165,50                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

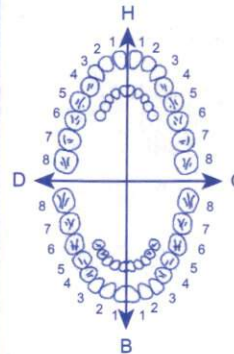
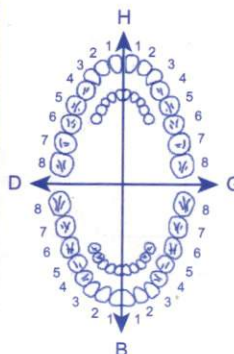
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature des Soins | Coefficient                              |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|--|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          | Montants des Soins <input type="text"/>      |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          | Début d'exécution <input type="text"/>       |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          | Fin d'exécution <input type="text"/>         |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                           | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  | H                                        |                                              | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  |  | Coefficient des Travaux <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  | H                                        |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 21433552         |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000         |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  | G                                        |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 00000000         |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11433553         |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                                          | Montants des Soins <input type="text"/>      |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          | Date du Devis <input type="text"/>           |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  | Date de l'exécution <input type="text"/> |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |                                              |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |                                              |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Centre de l'Allergie  
et de l'Asthme**  
Adulte - Enfant



**مركز الحساسية  
والربو**

الكبار - الأطفال

حساسية :

- الحنجرة والأذن والأنف
- الجهاز التنفسي
- الجلد
- الغذائية
- الأدوية

**Allergie :**

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse

الدكتور بنيس محمد

**Dr. BENNIS Mohammed**

Casablanca; le : 23.1.24 في : الدار البيضاء

1770 SV Tahini Nakhle.  
- Effergan c.

3/5  
85,50 SV clayen x L 800

3/5 = 70  
40,90 SV Zinab 2 in ur

1/10 12/5  
21,40 SV Butamyl 800

165,50  
165,50

PHARMACIE ET PARAPHARMACIE  
ROUTE D'EL JADIDA  
240, Bd Brahim Roudani  
Casablanca  
Tél: 05 22 99 57 46

DR. M. BENNIS  
Maladies Allergiques  
Tél: 05 22 90 77 88  
INPE: 05 22 90 77 88

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market  
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88  
E-Mail : mohabennis@hormail.fr

# اگس ال-<sup>®</sup> خلازين

كلاريثروميسين

05,98  
26,50

Clazen<sup>®</sup> XL

clarithromycin

500 mg

7 Comprimés pelliculés à libération prolongée



6 118000 330448

**500 ملجم**

أقراص مغلفة  
ممتدة المفعول  
عن طريق الفم

7 أقراص مغلفة  
ممتدة المفعول

اسکا جی 20



جی 45

(سولفات الزینک)

زیناسکین®

**ZINASKIN® 45 mg**

PPV 40DH90

EXP 06/2026  
LOT 10058 70

20 comprimés effervescents



102

# BUTAMYL®

## Salbutamol

### Composition :

Salbutamol (s.f. de sulfate) ..... 40 mg

Excipients q.s.p ..... 100 ml

Excipients à effet notoire :

parahydroxybenzoate de méthyle et de propyle,  
sodium.

Flacon de 150 ml contenant 60 mg de  
salbutamol, soit 2 mg par cuillère à café  
de 5 ml.

AMM N° : 167DMP/21/NRQr

**BUTAMYL®**

Salbutamol  
Flacon de 150 ml

P.P.V. : 21,40 DH



6 118000 190189



مختبرات كاليينيكا - م.ص. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc