

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-688078

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 537 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Neuve

Nom & Prénom : YALLOU Aicha

Date de naissance : 20/12/16

Adresse : B3 Mehdi Ben Barka N°13 Boulogne Casablanca

Tél. : 06161450263 Total des frais engagés : 601 575,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. H. LAZRAK**  
Rhumatologie  
Hôpital Moulay Youssef - Casablanca

Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : YALLOU Aicha

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

Nature de la maladie : Arthralgie

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 : Casablanca

Le : 14/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

### Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com  
En charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

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 (PLG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNP 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 |
| 10/10/24                       | G                 | 1                     | G.H.E. Moulay Youssef           | 061319582  |
| 10/11/24                       | u                 | 62                    | G.H.E. Moulay Youssef           | Dr. H. LAZRAK<br>Rhumatologie<br>Moulay Youssef - Casa         |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |   |
|--|----------|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture   |
| <b>PHARMACIE EL MANAR</b><br><b>CASA S.A.R.L</b><br>48 Av Mehdi Ben Barka Bourgois<br>INPE 092200000 | 10/01/24 | 575,90<br><b>PHARMACIE EL MANAR</b><br><b>CASA S.A.R.L</b><br>48 Av Mehdi Ben Barka<br>INPE |

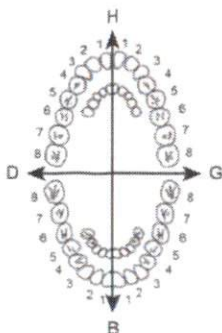
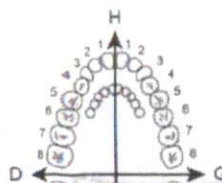
[illegible][illegible]

# 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<br>Traitées  | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table> |                     |             | H  |  | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                     | G           |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | 25533412   | 21433552            |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000            |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | 35533411   | 11433553            |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | B  |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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"/>     |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |                     |             |  |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |  |

4 001728 373052

Poids Net / Net Weight: 82g e

PPV 82 DH

LOT :

EXP :

L00795

09/2025

4 001728 374059

Poids Net / Net Weight: 82g e

PPV 82 DH

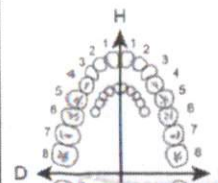
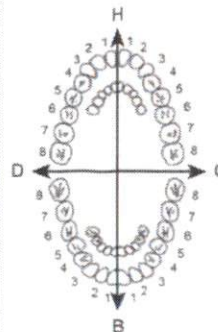
LOT :

EXP :

L02412

02/2026

ACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Poids Net / Net Weight: 82 g / 2.9 oz**

PPV 82 DH

|        |         |
|--------|---------|
| LOT :  | EXP :   |
| L00795 | 09/2025 |

Poids Net / Net Weight: **82 g / 2.9 oz**

PPV 82 DH

|        |         |
|--------|---------|
| LOT :  | EXP :   |
| L02412 | 02/2026 |



# ORDONNANCE

10/01/24

YALLOU Aicha

PHARMACIE EL MANAR  
48 Av Mehdi Ben Barkh Bourgoine Casa  
CASA S.A.R.L.  
INPE 092025204

1/ Ainar Roll-on

1 appl. x 2 j 8 douleurs

2/ Paracledine 300

(188,00 x 2) 0-1-0 x 04 jours au milieu du repas

3/ D. Que forte (no.1)

49,60 1 appl 1x / 15 jours

puis relais par :

3' / D3 Nam pH

89,50 20 goutes 1x / semaine x 8 jours

PPV: 49,60 D  
LOT: 23H10  
EXP: 08/2024

APONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PPV 188,00 D

4/ Calcium Hausel

72.00

1cplj à prendre 2 heures

lors des repas x 1 mois

72.00

5/ Magnesium Hausel

0 - 0 - 1 x 1 mois

6/ Vitamine C 1g : sans sel :

15.30 1 - 0 - 0 x 1 mois

**Vita C 1000**

PPV 15DH30  
EXP 04/2026  
LOT 34037 14

575.90  
**PHARMACIE EL MANAR**  
**CASA S.A.R.L**

48 Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne Casa  
NPE 092015204

**Dr. H. LAZRAK**  
Rhumatologie  
Hôpital Moulay Youssef - Casa

**PHARMACIE EL MANAR**  
**CASA S.A.R.L**  
48 Av. Mehdi Ben Berka Bourgogne Casa  
NPE 092015204





# AINAT®

## ROLL-ON

Lot : 23227  
À consommer de  
préférence avant le : 07/2026  
P.P.C : 89,50 DH

### FORME D'PRESENTATION :

Roll-on. Flacon de 50 ml

### COMPOSITION :

Aqua, Alcohol Denat, Glycerin, Propylene Glycol, Peg-40 Hydrogenated Castor Oil, Trideceth-9, Camphor, Gaultheria Procumbens Leaf Oil, Phenoxyethanol, Carbomer, Curcuma Zedoaria Root Oil, Menthol, Triethanolamine, Arnica Montana Flower Extract, Harpagophytum Procumbens Root Extract, Zingiber Officinale Root Oil, Salix Alba Bark Extract, Cinnamal, Eugenol, Benzoic Acid, Tetrasodium Glutamate Diacetate, Dehydroacetic Acid, Limonene, Linalool, Benzyl Benzoate, Citral, Geraniol, Ethylhexylglycerin, Cinnamomum Zeylanicum Bark Oil, Citronellol, Farnesol, Potassium Sorbate.

# D3 NORM<sup>®</sup>

## 200 UI

Lot: 230824  
A consommer  
avant le: 09/2026  
PPC : 89,50 DH



compte-gouttes de 30 ml.

### COMPOSITION :

Huile de soja, Antioxydant : Acétate de vitamine E liquide, Vitamine D3 (5µg/1 goutte).

### PROPRIETES :

**D3 NORM<sup>®</sup> 200 UI** gouttes buvables renferme de la vitamine D3 (cholécalférol), la forme la plus active de vitamine D.

**D3 NORM<sup>®</sup> 200 UI** gouttes buvables favorise l'absorption du calcium et du phosphore et contribue au maintien d'une ossature normale et au bon fonctionnement du système immunitaire.

### UTILISATIONS :

- Carence en vitamine D.

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Moulay Youssef Casablanca

Reçue de M. YALLOU Quittance

La somme de Seix cent DA

| NATURE DE LA RECETTE | Ex. | SOMME     |
|----------------------|-----|-----------|
| <u>cr</u>            |     |           |
| <u>1283</u>          |     |           |
| Total                |     | <u>60</u> |

AICHA

N° 008018 0/R

Cachet du  
Service

Le, 10/01/24

Signature du  
Régisseur