

## 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.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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 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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-522880

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22568**

Matricule : **108 21** Société : **RAH**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **NOUFI SIHAN**

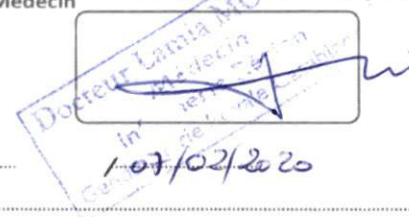
Date de naissance : **04/04/76**

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : **567,40** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **1-07/02/2020**

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

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

Nature de la maladie : **RGO + Asthénie + Arthralgies**

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 : **CA-SA** Le : **21/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **MOUCEL SILGE RAM**

# 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
07/02/2020	C			INP : <input type="text"/>

092029057

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAFIRI Tél: 06 45 06 45 10 FEN. 2023	18.2.2020	569,40
22, Angle Rue Abdourouss et Bd des Terrains de Sport-Ferme Bretonne - Cas		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

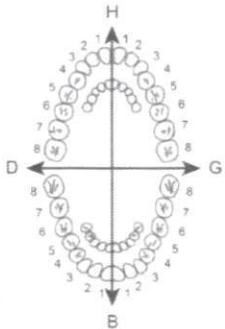
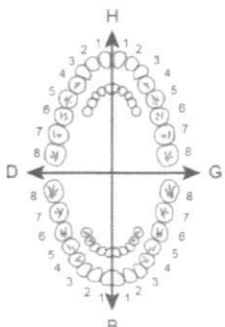
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table> <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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. lamia MOUFID**

Service de Santé  
Gendarmerie Royale

**ORDONNANCE**

PHARMACIE GHAFIRI  
Tél. 05 22 25 06 45  
10 FEB. 2023  
22, Angle Rue Abourrouss et Bd des  
Terrains de Sport-Ferme Bretonne - Casa

Na FID  
Si Ham

- 55,001) 1) Anoxic 1g S.V.  
12  $\frac{1g \times 215}{1g \times 215}$
- 2) Nidazol 500mg (regu)  
 $\frac{1g \times 215}{1g \times 215}$
- 137,303) 3) Cladix 500mg S.V.  
x3  $\frac{1g \times 215}{1g \times 215}$
- 4) Azoron 200mg (regu)  
 $\frac{1g \times 215}{1g \times 215}$
- 40,50 5) Tardyferon 80g S.V.  
 $\frac{1g \times 215}{1g \times 215}$  145
- 6) vit D3 Bon (regu)  
1000000

PHARMACIE GHAFIRI  
Tél. 05 22 25 06 45  
10 FEB. 2023

22, Angle Rue Abourrouss et Bd des  
Terrains de Sport-Ferme Bretonne - Casa

Document  
Infirmier  
Gendarmerie Royale

**Dr. lamia MOUFID**

Service de Santé  
Gendarmerie Royale

07/02/2020

**ORDONNANCE**

MOUFID  
Sihem

- 1) NFS, ferritinémie.
- 2) VS
- 3) GAT, US Anc.
- 4) urée - créatinine s.
- 5) HDL, LDL, TG, CT
- 6) SPT, SOT
- 7) ionogramme s.
- 8) TSHus, T3, T4
- 9) bilan vit D
- 7) Test respiratoire et

Docteur Lamia MOUFID  
Aide-jardin  
Infirmière Région  
Gendarmerie Royale Casablanca

*[Signature]*

المصنع / Fabricant  
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION  
Rue du Lycée - 45500 Gien - France  
بيير فابري للأدوية - فرنسا  
شارع الليسée - 45500 جيئن - فرنسا

AMM N° 473/17/DMP/21/NRQ

319334



**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPV : 40.50 DH

Medicament non soumis à prescription médicale  
دواء غير خاضع لوصفة طبية



# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 55,00 DH  
LOT: 621933  
PER: 03/21



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إنابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 55,00 DH  
LOT: 621933  
PER: 03/21



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إنابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

## Composition :

Clarithromycine (DCU) ..... 500 mg

Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé

Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés  
chacun à 500 mg soit 5 g de clarithromycine

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

**Cladia** 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280439

LOT : 19059 PER : 05/2024  
PPV : 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

**Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable**

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ (٢) **كلاديا**  
كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة



## Composition :

Clarithromycine (DCU) ..... 500 mg

Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé

Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés  
chacun à 500 mg soit 5 g de clarithromycine

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

**Cladia** 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280439

LOT : 19059 PER : 05/2024  
PPV : 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

**Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable**

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ (٢) **كلاديا**  
كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة

## Composition :

Clarithromycine (DCU) ..... 500 mg

Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé

Cet étui contient 10 comprimés pelliculés dosés  
chacun à 500 mg soit 5 g de clarithromycine

Avant toute utilisation, lire attentivement la notice intérieure.

**Cladia** 500 mg

10 comprimés pelliculés



6 118000 280439

LOT : 19059 PER : 05/2024  
PPV : 137,30 DH

Fabriqué sous licence



MEDINFAR

par les Laboratoires **Steripharma**

Z.I. Lina N° 347, Sidi Maârouf - Casablanca

**Amine TAHIRI - Pharmacien Responsable**

AMM N° 272 DMP/21/NNP

500 ملغ (٢) **كلاديا**  
كلاريثروميسين

عن طريق الفم

10 أقراص مغلفة