

## 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, parodontologie 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° : 93080  
N° W19-523838

- ☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11915 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL Achoui Amal  
 Date de naissance : 15/10/76  
 Adresse : 28 Avenue Hassan 2 des  
 Tél. : 0935948555 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/2020  
 Nom et prénom du malade : EL Achoui Amal Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-523838

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



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
17/12/80	consult	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CENTRALE</b> <b>BENZAKOUR Mohamed</b> 1, Bd. Mohammed V - FES Tél. 05 35 62 25 04 0599263000031	17/2/2020	216,00

[illegible][illegible]

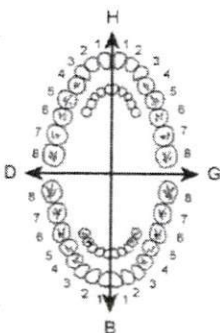
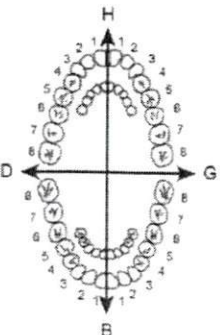
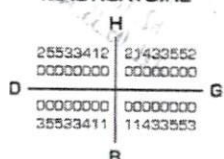
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Siham KANDRI RODI**

**Gynécologue - Obstétricienne**

Traitement de la Stérilité du couple

Diplômée de la faculté de Médecine  
de Reims (France)

Ancienne Assistante des hôpitaux  
de France Diplômée en :

**Echographie - Cœlioscopie**

**Maladies du Sein - Colposcopie**



**الدكتورة سهام كندري روضي**

طبيبة اختصاصية في أمراض النساء والتوليد  
علاج عقم الزوجين

حاصلة على شهادة التخصص من كلية الطب  
ببريس (فرنسا)

طبيبة مساعدة سابقا بمستشفيات فرنسا  
متخصصة في :

الفحص بالأموح الفوق الصوتية، أمراض الثدي  
الفحص بالمجهر الداخلي، الفحص بالمجهر لعنق الرحم



Fès le

17/02/2020

فاس في

## ORDONNANCE

**Mme EL ACHOURI AMAL 43 ans**

**SYNTHOCINON**

1 inj / jour pdt 4 jours

**CEROXIM 250**

1 prise 2 x / jour pdt 5 jours

**V GEL**

1 app / jour

**MEGASFON 80 MG**

1 cp x 3/j en cas de douleur

**Rendez-vous le 19/02/2020 pour controle**

**Dr. KANDRI RODI Siham**  
Gynécologie - Obstétricienne  
62 Av. Med V Rés. Badr - FLS  
Tél: 05.35.94.20 70/06 77 80 06 03

216.00



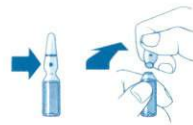
112 x 66 x 20,5  
2148631  
R71

NOVARTIS

Syntocinon®  
Oxytocine.

سينتوسينون® أوكسيتوسين

5 I.E./U.I. 3 x 1 ml Amp.



للحقن العضلي أو عن طريق الحقن المتواصل بالوريد.

يحفظ الدواء بعيدا عن متناول الأطفال.

تحفظ بالبراد (2-8 درجات مئوية)

حقنة واحدة تحتوي على : أوكسيتوسين 5 و.د.

سواغ: كمية كافية لحقنة واحدة

سواغ ذات مفعول معلوم: إيتانول.

Détenteur de la D.E:

Novartis Pharma Schweiz AG,  
Monbijoustrasse 118 3007 Bern, Suisse

Fabricant / المصنع / Manufacturer

Novartis Pharma Stein AG  
Schaffhauserstrasse  
Stein, Suisse 4332

صاحب مقرر التسجيل  
نوفارتيس فارما شفاين مونبيجوستراس  
3007 118 بيرن سويسرا



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعة الموصوفة

Liste II - Uniquement sur ordonnance.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Keep out of the reach of children.

لائحة II - يحصر فقط بموجب وصفة طبية.

لا يترك في متناول الأطفال.

Pour injections ou perfusions i.v. et injections i.m.

Conserver au réfrigérateur (2°-8° C)/Keep on the fridge.

1 amp. contient: Oxytocine 5 U.I.

Excipients: q.s.p 1 ampoule.

Excipients à effet notoire: Ethanol

Syntocinon® 5 U.I. 3 x 1 ml Amp.



13/99/11 E 019/068 الرقم يحمل التسجيل  
N° d'enregistrement Algérien:  
13/99/11 E 019/068 N° AMN Suisse: 22114

NOVARTIS

Syntocinon®

سينتوسينون®  
Oxytocine.

أوكسيتوسين

5 وحدة دولية

محلول للحقن

Solution injectable

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 17DH20

5 I.E./U.I. 3 x 1 ml Amp.

Ouvrir ici  
افتح هنا

cibs 10031412-0083

2148631





SUN  
PHARMA

Céfuroxime Axétil

Voie Orale

250 mg

Ceroxim®

10 Comprimés

**Composition :**

Céfuroxime Axétil (DCI)

Equivalent de Céfuroxime.....

Excipients q.s.p un comprimé

Excipients à effet notoire : Saccharose et sodium

Indications, Contre-indications, Posologie & Précautions d'emploi :

A conserver à une température inférieure à 25°C.

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

يحفظ بعيداً عن متناول ورؤية الأطفال.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة

(70x20x100)mm

5

PPV:

Lot n°:

EXP:

99DH40

197045/1

06/2021

95x68x22




**Composition :**

Phloroglucinol (sous forme hydrate).....80 mg  
Excipients q.s.p.....1 comprimé  
Excipients à effet notoire : Lactose, Aspartam

**التركيب :**

فلوروجلوسينول (على شكل هيدرات).....80 ملغ  
سواغ كمية كافية ل.....قرص واحد  
سواغات ذات تأثير معلوم : لاكلتون أسبارتام

AMM : 158 DMP/21/NNP

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

Laboratoires PHARMA 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Megasfon® 80mg  
Boîte de 20 Comprimés  
orodispersibles



A16082

**Megasfon®**  
Phloroglucinol

**Megasfon®**  
Phloroglucinol

**80 mg**

LOT : 2956  
U.T. AV : 05-21  
P.P.V : 34 DH 40



**80 mg**

**20**

Comprimés orodispersibles  
Voie orale

**PHARMA 5**

**20** Comprimés orodispersibles

Voie orale