

## 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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W19-584322

47319

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12327

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

MDAGHNI FILAL MOUWIR

Date de naissance :

02/08/1985

Adresse :

Nes AC FIA DAOUS GHES A44 ADOTRI CAS

Tél. :

0662 087775

Total des frais engagés :

505,7

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

02/11/2020

Nom et prénom du malade :

MDAGHNI FILAL MOUWIR

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

St 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 :

CASABLANCA

Le :

02/11/20

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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
02/11/2020	Généraliste	119,00	2315	INP : 1251314

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/11/2020	32540

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

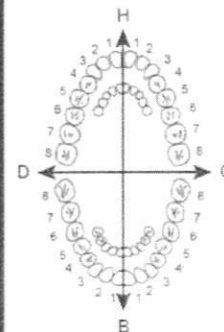
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

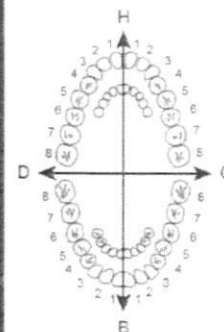
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# D.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Ordonnance

11021020

2 NOV. 2020

Casablanca le :

MR MDAGHRI FILAL MOUMIN

1) Docinox  
3900

1p x 4/1

2) Azfar 500 (2-11)

6000 cp ce pour 1000 kg  
Kg = 120.00

3) D2sen

4780 2cp

4) Znasken

1cp

5) Andolip

1450 1cp

6) Ket dom (x 4sem)

8400 1cp x 2/1

7) Chpas

1cp x 2/1

90.40

325.40

PHARMACIE PATH EL KHAIR  
Aut. 000 22 42  
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 75 56 06

الدكتور عبد اللطيف ربيعة  
شارع انتصار، مدينة، عمادة 11  
رقم 11 أهل الغلام سيدي البرنوصي  
الهاتف: 0522.73.79.03 / الموبايل: 0661.45.41.45

# AZ<sup>®</sup>

Azithromycine

## 500 mg

Boîte de 3 comprimés

Voie Orale

1/2 ✓

  
GALENICA

### Composition :

Azithromycine ( DCI ) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

**AZ<sup>®</sup> 500 mg**  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés



PP.V. : 60,00 DH

6 118000 190097

 مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

IDEEMCO



Azithromycine

500 mg

Boîte de 3 comprimés  
Voie Orale



**Composition :**

Azithromycine ( DCI ) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notoire : lactose.  
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

 مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

**AZ<sup>®</sup> 500 mg**  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés



PPV : 60,00 DH



6 118000 190097

# دازين 10.000 وحدة سرايبتاز



40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI



40 قرصا ملبسا

معدى - مقاوم

عن طريق الفم



مختبرات سنتمديك

20 - 22 زققة زير بين العوام  
الصخور السوداء - الدار البيضاء

PPV :  
EXP :  
Lot N° :

08,80  
47,47

أوتيباكس<sup>®</sup>

فينازون، كلوريدات الليدوكاين

محلول  
تقطير أذني

قارورة بالقطارة

**OTIPAX<sup>®</sup>**



Solution pour instillation auriculaire  
Flacon de 16g

6 118000 370024

Lot. 3515

Per.: 01 2023

BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



# Kétoderm® 2% gel en sachet

Respecter les doses prescrites  
Ne pas avaler

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie: \_\_\_\_\_ sachet \_\_\_\_\_ fois par \_\_\_\_\_

A conserver à une température  
ne dépassant pas 25° C

Maphar  
Km 10. Route Côtière 111,  
21 Zenata Ain sebaa Casablanca  
Ketoderm 2% gel b8 sachet  
P.P.V : 84,20 DH  
6 118001 18149C

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des  
enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



\*3400933306953\*

Kétoderm® 2% gel en sachet  
gel moussant  
kétoconazole





رقم التسجيل	رقم الإنتاج	رقم الترخيص	رقم الترخيص

COOPER PHARMA

8 x 8 أقراص فموية

1000  
عقود الفموية



Lot N°:  
A ut. av.:  
P/P/DH/:

14.50

Comprimé effervescent 8x8

comprimé à sucer

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS ET DE PLANTES  
(Eucalyptus - Propolis - Echinacea - Gingembre)

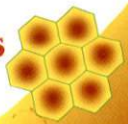
**Maux de gorge**  
**Enrouements passagers**



Goût menthe - miel - citron

Apaise et dégage les voies respiratoires  
Adoucit la gorge irritée en cas de toux  
Renforce les défenses naturelles

LOT: 200287  
DLUO: 09/2023  
39,00DH



Deva

Laboratoires Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable