

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-699249



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

708

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAD

Abdelkader

Date de naissance :

3-10-44

Adresse :

la même

Tél. :

0671 400 496

Total des frais engagés :

≠ 754,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI

Médecine Générale

Bloc 8, N° 23 Youssoufia Gharbia

Tél. 05 37 65 59 97 - Rabat

Cachet du médecin :

26/10/2023

Date de consultation :

SAD. ABDELKADER

Age:

Lien de parenté :

Mari-médecin BELQADI OUEZZANI

Nature de la maladie :

Médecine Générale

Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les détails à l'écrit et sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

MUPRAS

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 :

RBA

Signature de l'adhérent(e)

M 23/08/2023 / R ACCHEU

Le : 23/08/2023 / BOUAZI

2023

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

RELEVE 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
26/6/23	C	G		INP : 101010101010 Dr. Majida ELOADI Généraliste Médecin Généraliste N° 23 Youssoufa Ghazouani Bab El Oued - Rabat Bloc 8, N° 23 Youssoufa Ghazouani Tél. 05 37 65 59 12 - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourneisseur	Date	Montant de la Facture
12, Av. Med. Hassan II, Casablanca Al Aaraj Bloc 4, Talaloum Tél. 05 37 63 16 93	26/6/23	751.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

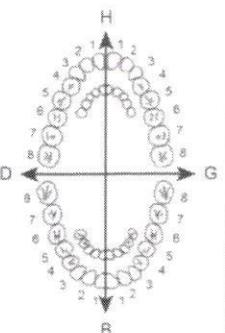
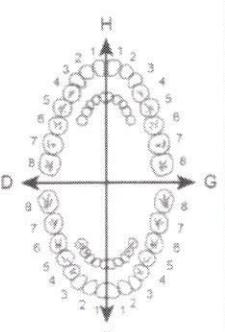
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
				H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G
				[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
				MONTANTS DES SOINS
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI

ULTRAC
الدكتورة ماجدة بلقاذنی الوزانی

Médecine Générale

الطب العام

Echographie

إيكوغرافي

Diététique médicale - obésité

طب التغذية والسمنة

Université de Montpellier

Bloc 8; N° 23 Youssoufia Gharbia

مجموعة 8 رقم 23 اليوسفية الغربية

Tél. : 05 37 65 59 97

الهاتف : 05 37 65 59 97

1c/

Rabat, le 26.06.23 في الرباط، في SAD.

146.50
82.10 Baçue 20

14 24 15 x 145

14 55 x 145

64.10 x 2
Axi mey 14 15
14 24 17 x 145

39.90 x 2 n' 2020
14 24 15 x 145

160.00 x 2 C 100

754.61
21-A. 22-A. 23-A. 24-A.
Al Atar Bloc 4. Tél. 05 37 63 16 90
12 Av. Med Salhasan El Ouardi Group FATH

Dr. Majida BELQADI OUEZZANI
Médecine Générale
Bloc 8, N° 23 Youssoufia Gharbia
Tél. : 05 37 65 59 97

24 x 145.

I.N.P. : 1010194534

TAJR ANNAER

49 2¹/₂ TA GE

~~RA PER~~

1/Mach

1/Soc

2/J

14 J

14^o Juras

1 cu ft.

21/J 14 S.

Axy n. am

MUDARAS

2/J

14 J

M/S

CASI

2/J

14 J

Q#

abd

~~Abdsad gm@gmail.com~~

- 0310 4462

ANTIBIOTIQUE



Lot N° / Date Per. :

ECLBZ1VFA

Composition :

Clarithromycine 500 mg.

Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF

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

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

مضاد حيوي



Lot : L0165

Fab : 01/23 Per : 01/26



يحظى في أقل من 25 درجة منوبة

Conserver à une température inférieure à 25°C

لا ينذر في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرطادات - حالات عدم الاستعمال - الآثار الجانبية المنشورة

أقر العيادة داخلة

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :

See notice intérieure.

Liste I
Uniquement sur ordonnance

العنصر (آخر) المذكور في

Respecter les doses prescrites

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

Lot N° / Date Per. :

عليه من 14 يوماً

لاريـل ٥٠٠ ملـجم



نیدازول[®]

مترونیدازول



LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما ٥

Composition :

Chaque comprimé contient :
Métronidazole 500 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé

التركيب :
ميترورنيدازول 500 ملغ
سواغ كمبة كافية ل فرصة واحد
لانحة سواغ دات تأثير معلوم : لاكتوز

سوانح كمبئه دايفيد فرض واحد
لائحة سوانح ذات تأثير معلوم : لاكتوز

... 1000000000

A 1

ANSWER

Liste I

Respecter les doses prescrites
احترم المقادير المعينة

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

20
قرصا
عن طريق الفم

Niflazol 500 mg
Boîte de 20 comprimés

18000 090472

A16492

Nidazol®

1

500

Vole orale

Fleximat

**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS,
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI, POSOLOGIE :**
Voir notice intérieure

Ne pas laisser à la portée des enfants

Adults at earliest symptom onset

1		)
Durée	Matin	Midi	Soir

**دوعي الاستعمال، موانع الاستعمال،
احتياطات الاستعمال، المقادير :**

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.

5

02/2016-B

Composition:
Esomeprazole magnésium.....20.700mg.
Équivalent à Esomeprazole20.000mg.
Exipients : s.p. un comprimé gastro-résistant.
Excipient à effet notoire: saccharose.
Indications, Contre-Indications, Posologie
& Précautions d'emploi : lire la notice à l'intérieur.
Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
dans l'emballage d'origine.

ملع 20.700
برازول 20.000 مل
كمية كافية لكل فرنس مقاوم حموضة المعدة.
فرج ذو تأثير معروف: سكارل
الإرشادات الملائمة، مواعي الاستعمال، الجرعة واحتياطات
الاستعمال: إقرأ النشرة بالكل.
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 30 درجة مئوية، في غلاية الإصبع.

Raciper®
Esomeprazole magnésium
14 Comprimés gastro-résistants
Voie orale



RACIPER® 20 mg
14 comprimés gastro-résistant
Voie orale



6118001300716

20 ملغ

14 قرصا مقاوِما
لحُموضة المعدة
عن طَرِيق الفم

Médicament Autorisé N°: 393/15DMP/21/NTT

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste II)

Fabriqué par:
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Village Gangwula, Tehsil Paonta Sahib,
Distt. Simour - 173 025, Himachal Pradesh, Inde

Importé par:
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, Avenue Hassan 1er, 20070, Casablanca

PPV: 82 DH 10

CODE No.: HP/DRUGS/MNB/95/2

voie orale
gastro-résistants
14 Comprimés

20 mg

SUN

PHARMACEUTICALS

MOROCCO LLC

PTC61794
10/2023
EXP 10/1
145

Esomeprazole magnésium

RACIPER®

التركيبة
إزومبرازول المغذني يوم
ما يدخل من الأدوية
الأساسية

AXIMYCINE® 1g

14 comprimés dispersibles



6 118000 031161

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PV 640H10 EXP 01/2025
LOT 200083

IMPRIMEPEL
03/20

أكسيميسين®
Amoxicilline

ستار ديفيز

تركيبة الدواء :
اموكسيسيلين
(على شكل اموكسيسيلين تريبيدراط مضغوط)
الساقع ما يكفي لـ
فross واحد متخلل
تحتوي هذه العلبة على 14 من الاموكسيسيلين
عن طريق الفم
دواعي الاستعمال - سوانح الاستعمال - تحذيرات خاصة
واحتياطات الاستعمال، انظر النشرة
الجماعات وكيفية الاستعمال :
حسب إرشادات الطبيب

AMM N° 542/19 DMP/21

FORMULE :
Amoxicilline 1 g
(sous forme d'amoxicilline trihydraté compactée) 1 comprimé dispersible
Excipient q.s.p.

Cette boîte contient 14 g d'amoxicilline
Voie orale.

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MISES EN GARDE SPECIALES
ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI : Voir notice

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :
Se conformer à la prescription du médecin

أكسيميسين®
1 g
14 قرصاً متخللاً

14 comprimés
dispersibles

Laprophan

210519F56037E270120

لابروfan

متخللاً
14 قرصاً



1 g

AXIMYCINE®
Amoxicilline



A CONSERVER A UNE TEMPERATURE NE DEPASSANT PAS 25°C DANS L'EMBALLAGE EXTERIEUR A L'ABRI DE L'HUMIDITE
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS
 LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD : 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC
Laprophan

Avaler le comprimé
tel quel avec 1 verre d'eau
أبتلع اللقاح كما هو
مع كوب من الماء

Dissoudre le comprimé
dans 1/2 verre d'eau
avant de prendre
حلق اللقاح في ماء
كوب من الماء قبل التناول

تناوله في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية في الأدوارية بمعدل من الماء
يحفظ ببرد، عن متناول وحراس الأطفال

تحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية في الأدوارية بمعدل من الماء

أو

أو