

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
- 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 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-723267

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTAHER FATIMA ZAHIRA
 Date de naissance : 06-01-1980
 Adresse : 126 E ZOUKIR OUJDA
 Tél. : 06-66-42-84-34 Total des frais engagés : 182891 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 NOV 2023
 Nom et prénom du malade : RIHANI ISMAIL Age : 4 ANS
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Consultation pédiatrie
 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.

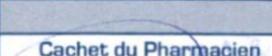
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 15 NOV 23 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2023	1 - 216 fo.

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

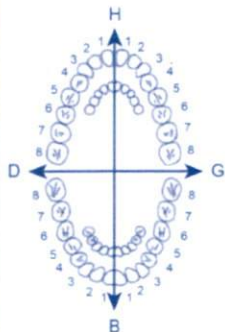
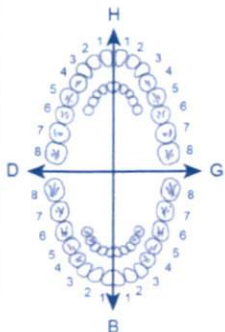
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) 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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2300774081 / H0119044596

Prénom : Ismail

Nom : RIHANI

DDN : 07/11/2019 E: 04/11/2023

Service : URGENCES (NA)

PAYANT
Sexe: M

nce

Ca:

21,90

① Butoued sur
3x1 0 x 0

TAM
S.V

17,00

② Clatec sur

TAM
S.V

57,10 Pharmacie TAM
Dr. BENANI Jaafar
302, Bd Oued Sebou, Oufic
- CASABLANCA -
Tél: 05.22.90.18.99

③ T S el sne - 20mg

TAM
S.V

77,90. 20 pl 0 3

TAM
S.V

④ So dan 500mg saché



20

1000

8. 2739°

1. 216.70.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 155 897 / 2023 du 04/11/2023

Nom patient : RIHANI ISMAIL

Entrée 04/11/2023

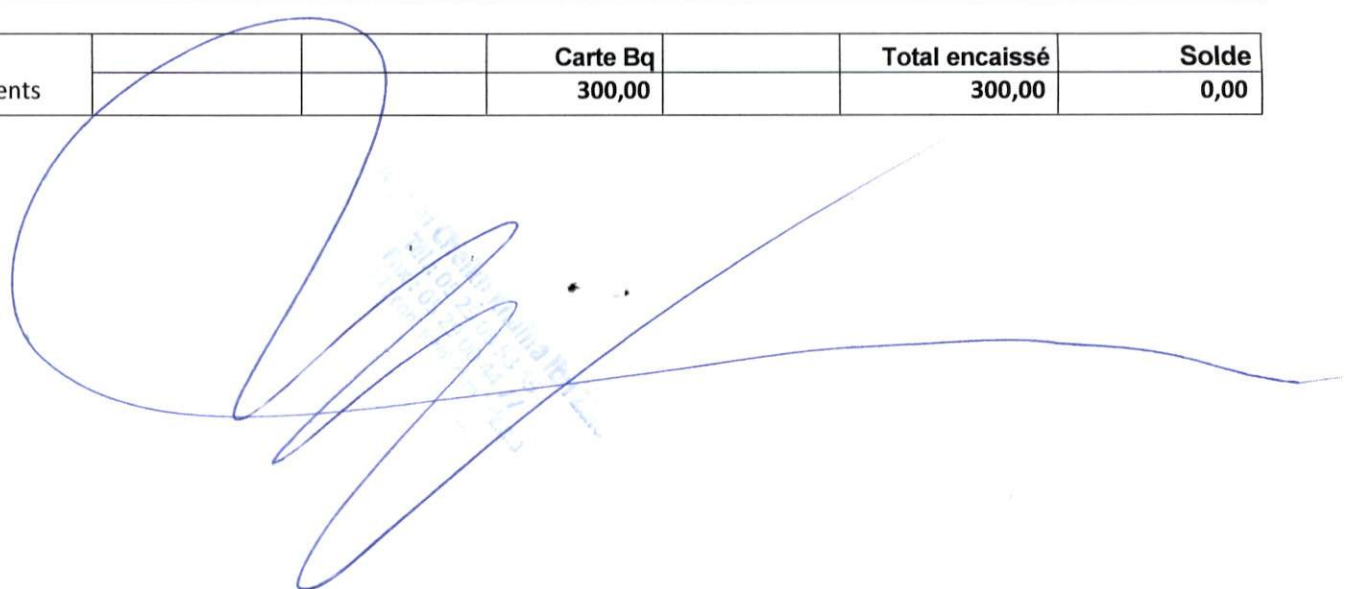
Prise en charge : PAYANTS

Sortie 04/11/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2311042013159380 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300774081	RIHANI ISMAIL	04/11/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	005642	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ABD.KAR

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Tél : 05 29 33 53 45
Fax : 05 29 06 44 11
mail : comptabilite@hcz.ma



مركز النقديات

SANS CONTACT



04/11/23

19:02:05

9900397770

93977701

HOP CHEIKH KHALIFA G3

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

xxxxxxxxxxxxxx3479

CARTE NATIONALE

39A2AA0DCB57198F

621-0-9999-1-44

MONTANT: 300,00 MAD

NUM TRANSACTION : 014

NUM AUTORISATION: 046782

STAN : 005642

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (جدول أ)



Titulaire d'AMM/Fabricant
Laboratoires **SOTHEMA**
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous Licence des Laboratoires **STREULI** - SUISSE
صاحب رخصة التسويق/الصانع
مختبرات **سوطيما**
ص.ب رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب
يترخيص من طرف مختبرات سترولي - سويسرا

LOT 250453 1

EXP 01 2028

PPV 57 10



إيزولون®
بريدنيزولون



ISOLONE 20 mg
30 comprimés

AMM N° 65 DMP/21/NCN



COMPOSITION :

Prednisolone.....20 mg
Excipients.....q.s.p. 1 comprimé.

Excipient à effet notoire : Lactose.

CONDITIONS D'UTILISATION ET DE CONSERVATION :

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

التوكية :
بريدنيزولون.....20 ملغ
المواد الحافظة.....كمية كافية لقرص واحد.
سواغ ذو تأثير معروف : لاکتوز.
شروط الاستعمال و الحفظ :
عن طريق الفم.
اقرأ النشرة بنمغن قبل استعمال الدواء.
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية، بعيدا عن الرطوبة.

Isolone®
Prednisolone



سوطيما
SotHEMA

Soclay®

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

500 mg/62,5 mg

16 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS					
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
☀ ☀ ☀ ☀ ☀ ☀					

سوطيما
Sotthema



الركبية : 500..... (على شكل أموكسيسيلين ثلاثي مائي)

أموكسيسيلين (على شكل كلافولانات البيتا-لاكتام)

مضاد كلافولانك (على شكل كلافولانات البيتا-لاكتام)

سواءات : كمية كافية لكيس واحد.

سواءات ذات تأثير معروف: أسبارتام، هالوثوكسترون.

كيفية وطريقة الاستعمال:

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

شروط الحفظ :

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية بعيداً عن الرطوبة

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)

يعرف بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

0677



Clartec 0,1g/100ml Flacon de 120ml

Ne pas laisser à la portée des enfants

Mises en garde spéciales :
Ce médicament est réservé à l'enfant de plus de 2 ans. Lire attentivement la notice avant utilisation.

Posologie :

- Poids > à 30Kg : 2 Cuillères mesures/jour
- Poids ≤ à 30Kg : 1 Cuillère mesure/jour

Enfant de 2 à 12 ans :

Composition : Loratadine 0,100 g pour 100 ml de sirop, soit 5 mg de loratadine par cuillère-mesure.
Le médicament contient du glycérol, du propylène glycol et du benzoate de sodium.

شربان



قارورة من فئة 120 ملل

مضاد للحساسية

ملل 100/0,1

لوراتادين
كلارتك

00145

Clartec®

5 مخدرات الحساسية قارورة - صيدلي مسؤول
بالمسئولية لملل

اللائقين بغيرهم سليلين
هنا اللواتي للاطفال
بواقي الاطفال :

الاطفال
: الاطفال من 2 إلى 12 سنة
الوزن أكثر من 30 كغ
ملعقة صغيرة في اليوم
الوزن أقل من 30 كغ
ملعقة صغيرة في اليوم

البروتين :
لوراتادين : 0,100
سواء كمية كافية لـ 100 ملل
كل ملعقة صغيرة (5 ملل)
تحتوي على 3 من السائلين

Respecter les doses prescrites

AMM : 1084 DMP/21/NNP

دوليبيران®

بارا صيطامول

10 لبوسات

300 ملغ

Doliprane® 300 mg
Paracétamol

10 Suppositoires



6 118000 040316

24 - 15 كلغ

الأوجاع و الحمى

VOIE RECTALE

Tenir hors de portée et de vue des enfants.

A conserver à une température inférieure à 30°C.

عن طريق الشرج

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

b

bottu,sa

82, Allée des Casuarinas - Ain Seïba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 565/16 DMP/21/NRQ

بوتلي، ص
82، برج الكاينينس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشى - صيدلي مسؤول

b

Doliprane®

Paracétamol

300 mg

10 Suppositoires

DOULEURS & FIEVRE

15 à 24 kg

12,80

120480
000200
M2305
10
FEB
2007