

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

- Reclamation : 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'Hayat
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
M23-007654

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8783 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KASSIMI MOHAMED
 Date de naissance : 22-11-1966
 Adresse : 8 R. ERAM Bd OUM RASII MAZOLA
HH CASABLANCA
 Tél. : 0661157616 Total des frais engagés : 173.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. CHBANI Abdellah
 Médecin du Travail
 Hôpital My Youssef - Casa
 INPE : 91031500
 Date de consultation : 25/09/2023
 Nom et prénom du malade : EL KASSIMI Mohamed Age : 57
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : App respiratoire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 25/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
25-09-23	C1			Dr. CHBANI Abdellah Médecin du Travail Hôpital My Youssef - Kasa IMPE : 91031500

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25-9-23

173.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

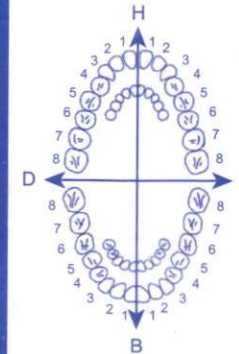
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

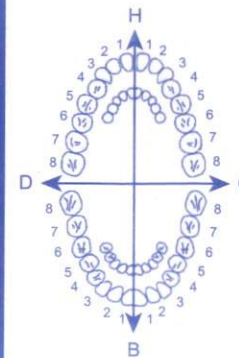
D 00000000 00000000 G

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

ROYAUME DU MAROC

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

ET DE LA PROTECTION SOCIALE

DIRECTION REGIONALE CASABLANCA-SETTAT

DELEGATION MEDICALE CASA - ANFA

CENTRE HOSPITALIER GERONAL

MOULAY YOUSSEF



وزارة الصحة

ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵜⴰⵎⴰⵏⴰⵢⵜ ⵜⴰⵖⵔⴰⵏⵜ

Ministère de la Santé

المملكة المغربية

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

المديرية الجهوية الدار البيضاء - سطات

المنشوخة الطبية الدار البيضاء - أنفا

المركز الاستشفائي الجهوي

مولاي يوسف

Casa le 25.09.2023

ORDONNANCE

M. EL KASSIMI Mohamed

19.40 - Azix 500
1/ - 1 cp 1j pdr 3 j

20.23 - Doli'Grippe
2/ - 1 sachet x 4 j

14.50 - Andol 1000mg
3/ - 1 cp x 2 j

19.20 - Eucalyptus sp
4/ - 1 cas x 3 j

Ts 173.40

PHARMACIE DAR EL KENZ

DR. BILAL RAJAB

Résidence Dar El Kenz

101, rue E2 - DAR BOUAZZA

Tel: 05 20 13 28 69

Mobile: 06 04 94 45

Dr. CHBANI Abdellah
Médecin du Travail
Hôpital My Youssef - Casa
INPE: 91031500

ANDOL® 1000 mg

Boîte de 8 x 10

Veillez
médica
Gardez
Si vous
d'inform
Ce médi
quelqu'e
être noc
Si l'un d
indésirat
à votre p



Lot N° :

A ut. av. :

PPV(DH) :

14150

rendre ce
dez plus
jamais à
urrait lui
un effet
ecin ou

1- COMPOSITION

Principe

Excipients

Carbonate

orange

Aspartame

comprimé effervescent.

Excipients à effet notoire : Sodium, Sorbitol, Aspartame.

2- CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE OU LE TYPE D'ACTIVITE

Classe pharmacothérapeutique : AUTRES ANALGESIQUES ET ANTI-PYRETIQUES-ANILIDES - Code ATC : N02BE01

3- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

ANDOL est un antalgique (calme la douleur) et un antipyrétique (fait baisser la fièvre).

La substance active de ce médicament est le paracétamol.

Il est utilisé pour traiter la douleur et/ou la fièvre, par exemple en cas de maux de tête, d'état grippal, de douleurs dentaires, de courbatures, de règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans). Lire attentivement la rubrique Posologie.

Pour les enfants pesant moins de 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

4- POSOLOGIE

Attention ! Cette présentation contient 1000 mg de paracétamol par unité : ne pas prendre 2 comprimés à la fois.

Respectez toujours la dose prescrite par votre médecin. En cas de doute, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant pesant plus de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans).

Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg, il existe d'autres présentations d'ANDOL dont le dosage est plus adapté. N'hésitez pas à demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Posologie chez l'adulte et l'enfant à partir de 50 kg (soit à partir d'environ 15 ans)

La posologie usuelle est de 1 comprimé à 1000 mg par prise, à renouveler au bout de 6 à 8 heures. En cas de besoin, la prise peut être répétée au bout de 4 heures minimum.

Dose de paracétamol à ne jamais dépasser

Chez un adulte ou un enfant pesant plus de 50 kg :

Il n'est généralement pas nécessaire de dépasser 3 grammes de paracétamol par jour (soit 3 comprimés effervescent par jour).

Cependant, si vous avez des douleurs plus intenses, et uniquement sur les conseils de votre médecin, la dose totale peut être augmentée jusqu'à 4 grammes de paracétamol par jour (soit 4 comprimés effervescent par jour).

NE JAMAIS PRENDRE PLUS DE 4 GRAMMES DE PARACETAMOL PAR JOUR (en tenant compte de tous les médicaments contenant du paracétamol dans leur formule).

Situations particulières :

La dose maximale journalière ne doit pas dépasser 60 mg/kg/jour (sans dépasser 3 g/jour) dans les situations suivantes :

- si vous pesez moins de 50 kg,
- si vous avez une maladie du foie ou une maladie grave des reins,
- si vous buvez fréquemment de l'alcool ou que vous avez arrêté de boire de l'alcool récemment,
- si vous souffrez de déshydratation,
- si vous souffrez par exemple de malnutrition chronique, si vous êtes en période de jeûne, si vous avez perdu beaucoup de poids récemment, si vous avez plus de 75 ans ou si vous avez plus de 65 ans et que vous avez des maladies de longue durée, si vous êtes atteint du virus du SIDA ou d'une hépatite virale chronique, si vous souffrez de mucoviscidose (maladie

LOT : 22E001
PER.: 12 2023

EUCALYPTINE LE BRUN
SIROP FL 125 ML



P.P.V : 19DH20



Fabriqué par **Laboratoire Maphar**
Km 10, route côtière 111
Quartier industriel Zenata
Aïn Sebaâ - Maroc

AZ

PPV 79DH79
PER 05/26
LOT M1245



COMPOSITION ET PRESENTATION

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 10

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

دولي گريب®

باراصيطامول - فيتامين س - مليات الفينيرامين

25/200/500 ملغ



نزلات البرد

زكام

إلتهاب الأنف

إلتهاب الأنف والحنجرة

8 أكياس - حبيبات
لتحضير محلول للشرب



للکبار

PPV:20DH00
PER:07/26
LOT:M2508



دولي گريب®

باراصيطامول - فيتامين س - مليات الفينيرامين

25/200/500 ملغ



نزلات البرد

زكام

إلتهاب الأنف

إلتهاب الأنف والحنجرة

8 أكياس - حبيبات
لتحضير محلول للشرب



للکبار

PPV:20DH00
PER:07/26
LOT:M2508



DoliGrippe

Bruchsal, Stuttgart, C. Industrie de Mannheim

8 SACHETS GRANULÉS



6 118000 041566

oliGrippe®

Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

médicament.

d'informations à votre médecin ou à votre
mais à quelqu'un d'autre, même en cas de
effet indésirable non mentionné dans cette

prise :

500 mg

200 mg

25 mg

nhydre, aspartame, arôme fruits rouges.
24, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique

groupe de médicaments appelés AUTRES

ctions pharmacologiques:
éments souvent associés, et qui s'oppose
et de la douleur (céphalées, myalgies),

, rhinopharyngites et des états grippaux

ser 3 sachets par jour.

de
de l'eau chaude le soir.

l'intervalle entre 2 prises sera d'au

es cas suivants:

œil),

son de la présence d'aspartame.
tre médecin pendant la grossesse et
IN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

دولي

باراسيتامول - فيتامين س - مالات الفينيرامين

نزلات البرد

زكام

سيلان الأنف

التهاب الأنف والحنجرة

عن طريق الفم

b

يونتي ش.م.

82. مر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. المشوشي - صيدلي مسؤول

PPV:20DH00
PER:02/25
LOT:1.437



8 أكياس
حبيبات

الكبار



بدون