

## 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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 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° W19-492524

ND: 333A8

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12 986

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

Ast Kechkech Lucham

Date de naissance :

25/07/2020

Adresse :

Residence Coralier Imm 5 APP 62  
Nasime Casablanca

Tél. :

0662 103941

Total des frais engagés :

606

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL DENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
54, Rue Soufiane Residence Soufiane  
Maâni - Casablanca  
Tél: 022.86.02.46 - GSM: 07.17.34.15

20 JUL 2020

Date de consultation :

ZYAO Ast Kechkech

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 :

15/7/2020

Le :

15 / 07 / 2020

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 |
| 02/10/2020                     | C2                | 1                     | 150                             |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Dispensaire | Date       | Montant de la Facture |
|                                        | 02/10/2020 | 145,20                |
|                                        |            |                       |
|                                        |            |                       |
|                                        |            |                       |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
| Important :<br>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"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>                                                                                                                                          |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |             | H                                                                                                                                                                                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                                                                                                                            | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553         |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                       |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                                                                                                                                                                                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION                                                                                                                                     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                                                                                                                   |

الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 02-04-20

2) Ait Kech Kech

17.50

- Dole pediatrica

22,50

2a) - Nodolfer Lirop

15,5 en alternance

- Semua psikologi 4

34.60.

34.60.  
- branchotischer eufent 4j  
bezeichnet

7060

\* Planchon auf der Linie 6

$$15.5 \times 318$$

145,20

Dr. EL DOKKI EL MASSARI  
PEDIATRE  
54, rue Samir, Bab el Bhar  
Marsa Matruh - Egypte  
Tél. 061.17.51.15

Madame BARTAL FATIMA

Pharmacie Actaral

~~Associação - Vianã~~  
~~Tel: 0522 25 22 09~~

54. Rue Socrate Rés. SABAH (1er étage) Maârif - Casa - البيضاء - (الطابق الأول) الماريف - البيضاء

الهاتف : 05.22.98.03.46 C. Tél.

# BRONCOLIBER®

Ambroxol Chlorhydrate

Solution  
buvable

15 mg / 5ml  
200 ml

15 mg / 5ml

ENFANTS

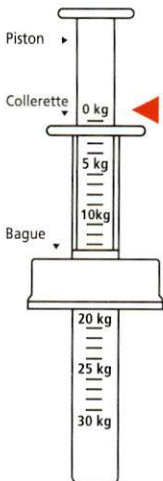
Voie Orale



TECNIMEDE GROUP

34160

## ENFANT



Après addition d'eau jusqu'au niveau circulaire, on obtient 60ml de suspension reconstituée, soit 224 doses-graduation (1 dose = 1 kg).

**1 dose-graduation n° ....**

3 fois/jour, à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

PPV: 70,60 DH  
LOT: 609461  
PER: 11/2020

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Clavulin<sup>®</sup> est une marque déposée des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline.

20 ملغ / ملل

# نول - دول فين<sup>®</sup>

إيبوبروفين

المكونات: إيبوبروفين ..... 20 ملغ / ملل  
المكونات الأخرى ك.ك.ل. .... 100 ملل  
الناحة السواغ ذي التأثيرات الجانبية: سوربيتول، بنزوات  
الصوديوم.

LOT : 9MA109  
PER: 03 2022

NO - DOL FEN 20MG/ML  
SUSP BUU FL 150ML

P.P.V : 22DH50



يتناول هذا الدواء: عن طريق الفم.  
يستعمل الدواء بواسطة حقنة قياس الجرعات (مدرجة بالكيلوغرام).  
تدرج واحد من 1.5 كلغ يطابق 0.5 ملل من محلول للشرب  
ويحتوي على 10 ملغ من إيبوبروفين.

احتفظوا بهذا الدواء في مكان آمن بعيدا عن متناول و نظر الأطفال.  
اقرأ الوصفة كاملة قبل البدء في استعمال هذا الدواء.

يجب الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

حرك القارورة جيدا قبل الإستعمال.



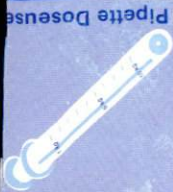
PPV 17D1150  
PER 10/22  
LOT 6221

05,7L

**Doli®**  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

**Doli®**  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

DOULEURS et FIÈVRE



SOLUTÉ BUVALE À 3 %  
*Arôme caramel*

**b**  
bottu s.a  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

52x52x127

**Doli®**  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

**COMPOSITION**

Paracétamol 3 g.  
Excipients q.s.p. 100 ml de solution buvable.  
Tenir compte de la présence de sucre (saccharose : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg figurant sur le système doseur).

Cette présentation est réservée à l'enfant de 3 à 30 kg (soit environ de la naissance à 10 ans) ; lire attentivement la rubrique "posologie".  
Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce flacon contient 180 doses de 15 mg / kg  
**90 ml**

**Doli®** PEDIATRIQUE

PARACETAMOL 3%  
SOLUTÉ BUVALE 90 ml



6 118000 040965