

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



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

## Declaration de Maladie

N° W19-492254

M.H

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2296	Société : R.A.M.	43836	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAHLOU RACHID			
Date de naissance : 01/01/56			
Adresse : 101 rue la colline II N°10 Casablanca			
Tél : 0661159849		Total des frais engagés : 482,60 DH Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/08/2020

Nom et prénom du malade : LAHLOU Rachid

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la 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 :

Le : 12/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

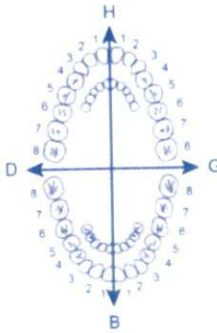
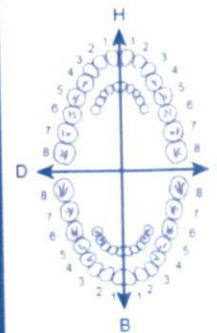
*[Signature]*



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
18/01/20	22		26,00	INP : 08126017

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE ARIJ SABHAU 1029 Oued Said - Calimie 30 07 - Casablanca</p>	15/08/2020	232.60

[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1.2em; vertical-align: middle;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession				
<b>DATE DU DEVIS</b>				<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 30px;"></span>
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>



**Docteur Ahmed SEFIANI**  
**PEDIATRE**



Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
Néonatalogie Nourrissons - Enfants

89, Avenue Stendhal 2<sup>ème</sup> Etage Appt. 6 Quartier Val fleuri  
Casablanca  
Tél. : 0522 238 831 - GSM : 0661 172 518

**الدكتور أحمد السفياني**

إختصاصي في أمراض  
الرضع والأطفال

خريج كلية الطب ببوردو

89، شارع ستندال الطابق الثاني

الشقة رقم 6 فال فلوري

الدار البيضاء

الهاتف : 0522 238 831 - GSM : 0661 172 518

Casablanca, le : 15/08/20 : الدار البيضاء في

Enfant LAHLOU Thane

**PHARMACIE ARIJ**  
SAGE AU  
Route 1029 Ouled Said - Calmarie  
Tél 05 22 21 90 07 - Casablanca  
RC : 361421

38.90 x 2

✓ Aurox 300mg (1)  
1 ltr p 37

12.80

✓ Dolutravir 300mg (1)  
1 ltr p 20 37





Mar. 3

75

Bacitracin Infant's  
Stick.

MM

1 Stick /

Ts 232.60

Dr. Ahmed SEFIANI  
PEDIATRE  
29, Avenue Général Zine Elaidje Apt. 6  
Quartier Vau Fleuri - Casablanca  
Tél: 05 22 22 08 31 - GSM: 06 61 17 25 14

PHARMACIE ARJ  
SARL AU  
Route 1029 Ouled Said - Califfonie  
Tél: 05 22 21 90 07 - Casablanca  
RC: 361421



**PPC : 142 DH 00**

Batch :

À consommer de préférence avant /

Certificat N° : DA20191903350DMP/20UCAV1

SG19001  
10 2021





PPV 120H80  
PER. 09/22  
LOT 12095

12,80

# Doliprane®

PARACETAMOL

300 mg



**b**

bottu s.a

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

**DOULEURS  
FIEVRE**



10 SUPPOSITOIRES



# Amoxil 500 mg/5 ml poudre pour suspension buvable

amoxicilline

..... cuillère(s)-mesure(s) ..... fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant ..... jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة .... أيام

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

بوصفة طبية فقط  
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 38,90 DH  
LOT : 591317  
PER : 08/2021

## Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) ..... 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي مايعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي مايعادل 12 ملعقة من فئة 5 ملل



# Amoxil 500

amoxicilline mg/5 ml poudre pour suspension buvable

..... cuillère(s)-mesure(s) ..... fois par jour à prendre indifféremment avant, pendant ou après les repas, pendant ..... jours.

مقياس ملعقة.... أيام بغض النظر عن اتخاذ قبل أو أثناء أو بعد وجبات الطعام لمدة.... أيام

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

بوصفة طبية فقط  
احترام الجرعات الموصوفة

PPV : 38,90 DH  
LOT : 591317  
PER : 08/2021

## Composition :

Amoxicilline (sous forme trihydratée) ..... 500mg pour une cuillère-mesure de sirop reconstitué soit 5ml.

اموكسيسيلين 500ملغ مقياس ملعقة شراب معاد تشكيل أي ما يعادل 5 ملل

Ce médicament contient de l'aspartam et des sels de sodium. Après addition d'eau non gazeuse jusqu'au trait circulaire, on obtient 60ml de sirop reconstitué soit 12 cuillères-mesures de 5ml.

يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام و أملاح الصوديوم. بعد إضافة الماء غير الغازي إلى حدود الخط الدائري، نحصل على 60 ملل من الشراب أي ما يعادل 12 ملعقة من فئة 5 ملل