

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

litions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

aire :

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.

die 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W19-595946

ND: 52646

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSR YOUNA

Date de naissance : 19/02/79

Adresse :

Tél. :

06 20 64 37 93

Total des frais engagés : 15000 + 322,00 Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Dr. Taoufik TRIM
Médecine Générale
Derb Widad Rue 11 N° 377
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 93 45 44 - 05 40 04 07 41

Date de consultation :

15 DEC. 2020

Nom et prénom du malade :

TAFROUTE AYA

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

COM

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

21 DEC. 2020

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

PRAS 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.

RAS : 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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

s des tes	Natures des Frais	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médical attestant le Paiement des Frais
				INP : 0115261111
			15990	

Docteur Taoufik
Médecine Générale
Derb Widari Rue 11 N° 377
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 95 45 44 - 05 40 04 07 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/2020	322,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

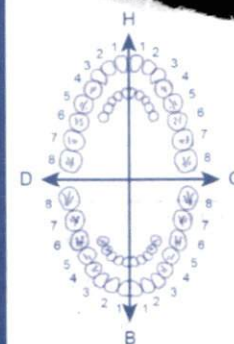
achet et signature du radio et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

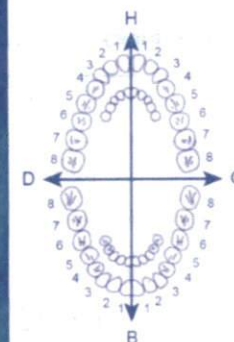
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H			
D	25533412	21433552	G
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	
	35533411	11433553	
B			

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

Docteur Taoufik TRIHI

Ex. Medecin Chef

Medecine Générale
Echographie



الدكتور توفيق التريفي

طبيب رئيسي سابقا

الطب العام
الفحص بالصدى

15 DEC. 2020

Casablanca le : الدار البيضاء في :

TAFROU TE AYA

126.30

AV 6 MEURTIN selty N₁

58.40 2g

Solupred p do ng N₁

14.00 3h'

Dolyp

123.60 3g

FLIXANT R

T= 322.30 ^ 3h'

Docteur Taoufik TRIHI
Médecine Générale
Derb el Widad Rue 11 N°377
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 05 22 93 45 44 - 05 40 04 07 51

شارع أفغانستان، درب الوداد زنقة 11، رقم 377، الطابق الأول الحي الحسني (وراء مدرسة الاخطل) الدار البيضاء الهاتف: 05 40 04 07 51 / 05 22 93 45 44

Bd. Afghanistan, Derb el Widad Rue 11 N°377 1^{er} Etage Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 93 45 44 / 05 40 04 07 51

37x37x55

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

26824-02

05/12

Solupred® 20mg

Prednisolone



احترم القادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



Composition :

Prednisolone : 20 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé
effervescent.

Excipient à effet notoire : sodium.

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Ne pas laisser à la portée des
enfants.

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

A conserver à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

صولوبريد® 20 ملغ

بردينيزولون

عن طريق الفم

20 قرصا فائرا



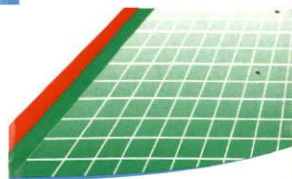
sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ
20250 Casablanca

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

IMPRIMEPEL

Solupred® 20mg



COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans ; lire attentivement la "posologie" : Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

Doliprane® 1000mg PARACÉTAMOL



b bottu®

U.S. Allée des Constatants - 400 Salda - Casablanca
S. Barhouch - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE - les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE

1 comprimé par prise - à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses et sur avis médical, la posologie peut être augmentée jusqu'à 4 comprimés par jour.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/2/1/NRQ

دولبران® 1000 ملغ باراسيتامول



b bottu®

U.S. Allée des Constatants - 400 Salda - Casablanca
S. Barhouch - Pharmacien Responsable

أقراص

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

01/17
100025

PPV: 14DH00
PER: 05/22
LOT: 11150

12

45x18x57

ADULTE
10 Comprimés



PARACÉTAMOL
1000 mg

b bottu®



Doliprane®



gsk
AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

poudre pour
suspension
buvable
en sachet

أوغمنتان 1 غ / 125 مغ
أموكسيسيلين / الحمض كلافلورانيك
مسحوق لمستهلك في كيس قابل للشرب

■ 12 SACHETS

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g/125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات
حساسية. يحفظ بعيدا عن متناول
ومرأى الأطفال، تحت درجة
حرارة أقل من 25° وبعيدا عن
الرطوبة.
اقرأ النشرة بانتباه قبل
الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda, Région de
Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42 - 44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou Hamed
AlGhazali, Casablanca
20 000

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 1g/125 mg
sachet

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 620195
PER: 03/21



FLIXONASE® 50 microgrammes

**RESPECTER LES DOSES
PRÉSCRITES**

FLIXONASE®
50 microgrammes
FLUTICASONE

FLIXONASE®
50 microgrammes
FLUTICASONE

FLUTICASONE

FLUTICASONE

FLUTICASONE

**Suspension pour
instillation nasale**

Flacon de 120 doses

COMPOSITION :

Propionate de fluticasone 50 µg
Chlorure de benzaïkonium 20 µg
Alcool phényléthylrique 0,25 mg
Excipients ... q.s.p. 1 dose

Voie nasale.

**120
DOSES**



FLIXONASE® 50 microgrammes

**Suspension pour
instillation nasale**

Médicament autorisé n° 335 587.3



GlaxoSmithKline

**NE PAS LAISSER À LA PORTÉE
DES ENFANTS.**

**LIRE ATTENTIVEMENT LA
NOTICE AVANT EMPLOI.**

Excipient à effet notoire :
chlorure de benzaïkonium

**Conserver à une
température
inférieure à 25°C.**

Ne pas congeler.

Nom et adresse de l'exploitant
Laboratoire GlaxoSmithKline
100, route de Versailles
78163 Marly-le-Roi Cedex

Fabriqué par :
Glaxo Wellcome S.A.
09400 Aranda de Duero
Espagne

**UNIQUEMENT
SUR ORDONNANCE.**

Liste I.



* 3 3 5 5 8 7 3 *

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 123 60 DH
118001 140299
500529 : DI 6