

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

Consignes 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, soins spécialisés, 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.

Biologie 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° M21- 065260

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186

Société : RAM (Colooh)

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUARANI Mohd Amr

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-65260

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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° W19-451588

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13186 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL OUAHDANI Mohamed Amine
 Date de naissance : 05/11/1981
 Adresse : Ville n° 181 Lot EL NANSOUR NERNE
 Tél. : 06 76 14 3581 Total des frais engagés : 451,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/12/2021
 Nom et prénom du malade : EL OUAHDANI YAMMA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite
 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 : 24/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

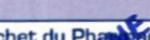
Déclaration de maladie N° W19-451588

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 13186
 Nom de l'adhérent(e) : EL OUAHDANI
 Total des frais engagés : 451,50
 Date de dépôt : 24/01/2022

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29-12-21	201,50

[illegible][illegible]

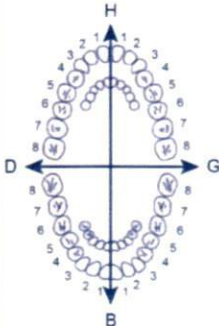
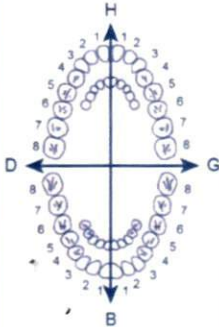
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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



Témara le, 29/12/2024

El Ouahdani Yahya

1) Ipecu gch

Sgr a 31j pelt 75

2) Antimonia tartaric

Sgr a 31j pelt 75

79,50

3) Apiaol ip: 1 c - a - c a

80,00

4) Azix est: dose us 15 a 11j
pelt 35

42,00

5) Pred 20j

1 cp 15 pelt 55

201,50

6) Cetast ip: dose us 15 a 4j
on fleur

Lbt: 210652
A consommer
avant le: 09/2024
PPC: 79,50 DH

PHARMACIE ATTADAMOUNE
Dr. LADRHAM Mounia
Mag. N° 1, Al Wifak - Témara
Tel: 05 37 61 06 62
INPE: 102012184



Azix[®]

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable

PPV:80DH00

PER: 11/24

LOT: K3392



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Suivez les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien.
Follow the advice of your doctor or pharmacist.

PREDNI'20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale
Oral route

Comprimés
effervescent
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x

PREDNI'20

Cooper — Prednisolone

20 mg

Voie orale
Oral route

Comprimés
effervescent
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



COOPER

41, Rue Mohamed Elouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
41, Rue محمد المصوري 20110 الدار البيضاء المغرب
صميمة د. أمانة الداودي

CI : 6229

Formule / Formula:

Prednisolone.....20mg
(sous forme de métasulfobenzozate sodique de prednisolone / as prednisolone sodium metasulfobenzozate 31,44 mg)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécaible / s.q.f. 1 scored effervescent tablet.
Excipients à effet notoire / Excipients with known effect : lactose, sorbitol, sodium.

التركيبية
بريدنيزولون.....20مغ
أعلى شكل ممتاسولفوبنيزوات الصوديوم
31,44 مغ
مكونات دوائية : 1 قرص فوار قابل للتفكيك
المكونات ذات تأثير معروف : لaktose، سوربيتول، صوديوم.

بريدني'20

كوبير — بريدنيزولون

20 ملغ

في طريق الفم
Oral route

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Comprimés
effervescent
sécaibles / Scored
effervescent tablets

20 x

Tableau A (Liste I) / Table A (List I)
جدول (الأنتمد)

**Respecter les doses prescrites
Respect the prescribed doses
احترم الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance

Under prescription only

لا يصغر إلا بوصفة طبية

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants
Keep out of the reach and sight of children

اقرأ التعليمات جيداً قبل الاستخدام
Lire attentivement la notice avant utilisation

Read carefully the leaflet before use

يحفظ بعيداً عن الرطوبة
A conserver à l'abri de l'humidité

Keep away from moisture

AMM N° 474/17 DMP/21/NRQ

Fabriqué par / Manufactured by/
MC PHARMA
Z.I. Ouled Saleh préfecture de Nouaceur
Casablanca



CE MEDICAMENT - GROSSESSE - DANGER

THIS MEDICINE - PREGNANCY - DANGER

هذا الدواء - الحمل - خطر

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

This medicine will only be used during pregnancy if necessary.

لا يستعمل هذا الدواء خلال فترة الحمل إلا عند الحاجة.

755.785.01.19

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):