

## 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° W21-770680

141326

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12514 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AIT MAHDI LAHCEN  
 Adresse : RESIDENCE PERLE DE NOUACEUR II  
 1 m m G / APPT 10 NOUACEUR  
 DATE DE NAISSANCE : 16.06.1984  
 Tél. : 06.74.69.15.26 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 09/12/2022  
 Nom et prénom du malade : Sofia Ait Mahdi Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Scarlatine  
 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 : NOUACEUR

Le : 09/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
09/02/2011	CS		200,000F	INP: [Signature]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

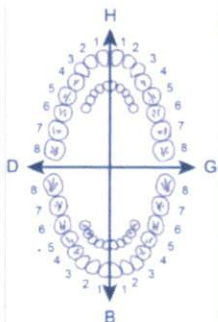
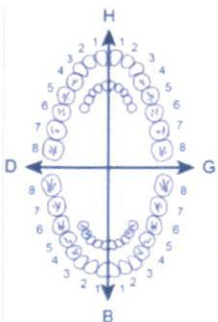
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# 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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					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

Dr. FOUISSI MOUNIA

Pédiatre

Ancienne Résidente du CHU Ibn Rochd  
Diplômée de la Faculté de Médecine et de  
la Pharmacie de Casablanca



د. الفويصي مونية

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقبلة سابقا بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء

Le : 09/12/2022

Age : .....

Poids : 12,80

Nom : L'enfant : AIT MAHDI SOFIA

33,40

1) AMOXIL 500mg sirop

1 CAM X3/J PDT 7J

17,50

2) Dolipédiatrique

1 DDP X3/J PDT 3J

20,00

3) CURTEC SIROP

1 CAM LE SOI RPDT 6J

4) Risonel spray

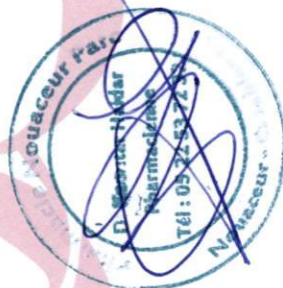
1 pul

26,40

5) Tobrex collyre

1 goutte x 4

97,30



**Doli®**  
PEDIATRIQUE  
PARACETAMOL

PPV 170H50  
PER 09/25  
LOT L3029



الوحدة الرقم 98، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)

Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com

# Curtec®

Cétirizine (dichlorhydrate) 1 mg / ml

Solution buvable 60 ml 

PPV:20DH00

PER: 09/25

LOT: L2949

A TENIR HORS DE LA PORTÉE DES ENFANTS

Conservation :

A température inférieure à 30°C.

TABEAU C (LISTE II).

AMM N° 301/17 DMP/21/NRQ



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Flacon de 5 ml  
Tobramycine  
COLLYRE EN SOLUTION  
**TOBREX® 0,3 %**

توبريكس® 0,3 %  
قطرات للعين على شكل محلول

استخدام موضعي  
للتقطير في العين.  
لا يبلع، لا يحقن.  
التركيبية:

توبراميسين..... 0,3 غرام  
كلورور البنزالكونيوم، حمض البوريك،  
كبريتات الصوديوم اللامائي، كلورور  
الصوديوم، تيلوكسابول، ماء مصفى.  
سواغ ذو تأثير معروف: كلورور البنزالكونيوم.  
اقرأ النشرة بدقة قبل الإستعمال.  
يحفظ هذا الدواء لمدة 15 يومًا بعد فتح  
القارورة.  
أكتب بوضوح تاريخ الفتح على العبوة.  
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25  
درجة مئوية.  
يحفظ بعيدا عن مرآى ومتناول الأطفال.

سوطيما  
sothema

Titulaire d'AMM / Fabricant :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

LOT 221550

EXP 05 2025

PPV 26 40



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

**NIVEAU 2**

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول أ (لائحة أ) - يصرف بموجب وصفة طبية

# 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: 33,40 DH  
LOT: 649000  
PER: 01/2025

## Composition :

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

اموكسيسيلين 500 ملغ 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