

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 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.

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'Horizon
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° W21-768870

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12318 Société : RAM

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : DERKAOUI ABDEIRAHIM

Date de naissance : 28/07/1985

Adresse : RES. NEST HOUSE VILLA NREZ
DAR BOAZZA - CASA

Tél. : 0660195964 Total des frais engagés : 551,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. CHKARMOU Med
11, Angle Rue Zineb Ishak et
Bd. Ibn Tachfine CASA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/12/2022

Nom et prénom du malade : DERKAOUI Abderrahim

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 : CASA Le : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div style="transform: rotate(-45deg);"> 14 05 22 37 36 15 SIDA PHARMACIE SIKILMASSA </div>	06/07/16	352,20

[illegible]

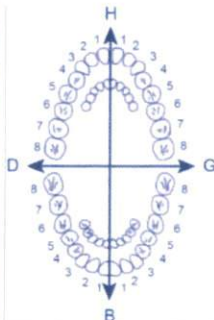
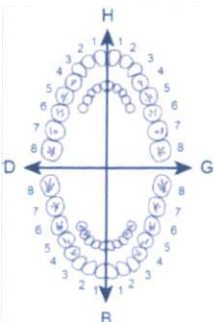
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

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 CHKARMOU MOHAMED

Diplôme de Médecine du travail
Expert Assermenté près les Tribunaux
MEDECINE GENERALE
11. Angle Rue Zineb Ishak Bd Hassan
Aïaoui et Bd Youssef IbnouTachfine
CASABLANCA
Tél: 05 22 62 02 92



الدكتور اشكارمو محمد

خريج كلية الطب بنانسي
خبير محلف مقبول لدى المحاكم
الطب العام
11. زاوية زينب أسحاق، شارع حسن
العلوي و شارع يوسف ابن تاشفين
البيضاء - الهاتف : 05 22 62 02 92

CASABLANCA.LE

19/12/2022

PHARMACIE
Said D. AMAM
Tél: 05 22 37 36 15

Pr. DERIAOUI Abderrahmane

(S.V.)

1) Olipen sachet
25 mg
25 mg
x 8

2) Algantyl br
2 x 1.00
28 x 2 / 202 x 8

3) Fehex s
(S.V.)
15 x 2 / x 3

PHARMED
LOT : 2545
UT.AV: 09-25
PPV : 21DH03

PHARMACIE
Said D. AMAM
Tél: 05 22 37 36 15

Dr. CHKARMOU Med
11. Angle Rue Zineb Ishak et
Bd. Ibn Tachfine CASA

PHARMACIE
Said D. AMAM
Tél: 05 22 37 36 15

أوليبان

أموكسيسيلين / حامض كلافلونيك / سينبول

500 ملغ/62,5 ملغ/100 ملغ

12 كيسا - جرعات

مسحوق لتحضير معلق للشرب

المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد
4h	☀	☀	☀	☀	☀



عن طريق الفم

LOT 221307

EXP 04 24

PPV 87.80 DH

سوطيما
sothema



حامل الترخيص للتسويق/المصنع

Titulaire de l'AMM/Fabricant

Marketing Authorization Holder/Manufacturer

Laboratoires Sothema

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura

Casablanca / Maroc

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg

Poudre pour suspension buvable

AMM N°40/DMP/21NNPd DMP/VHA/18

Boîte de 12 sachets



6 118000 023715

تركيبة :

أموكسيسيلين (على شكل ثلاثي مائي).....500 ملغ

حامض كلافلونيك (على شكل كلافلونات بوتاسيوم).....62,5 ملغ

سينبول.....100 ملغ

سواغ ذو تأثير معروف : أسبرتام، مالتوديكسترين،

زيت الفول السوداني.

كيفية الاستعمال و تحذيرات خاصة :

قبل أي استعمال أنظر جيدا إلى النشرة الداخلية.

احتياطات خاصة للحفاظ :

يحفظ هذا الدواء بعيدا عن الرطوبة وفي درجة حرارة

لا تتعدى 25° م.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Keep out of sight and reach of children

يحفظ هذا الدواء بعيدا عن رؤية ومتناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

FOLLOW PRESCRIBED DOSES

يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I / Tableau A

Prescription only - List I / Table A

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة 1 / لائحة أ

أوليپان

أموكسيسيلين / حامض كلافلانيك / سينيول

500 ملغ / 62,5 ملغ / 100 ملغ

12 كيسا - جرعات

مسحوق لتحضير معلق للشرب

بعد	قبل	مساء	منتصف النهار	صباح	الهدئة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					



عن طريق الفم

LOT 221307

EXP 04 24

PPV 87.80 DH

أموكسيسيلين / حمض كلوفلاتيك / سينبول

500 ملغ / 62,5 ملغ / 100 ملغ

24 كيسا - جرعات

مسحوق لتحضير معلى للشرب

المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					



عن طريق الفم

LOT 220848
EXP 03 24
PPV 154.60 DH

سوطيما
sothema

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
Keep out of sight and reach of children
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن رؤية ومتناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
FOLLOW PRESCRIBED DOSES
يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I / Tableau A
Prescription only - List I / Table A
يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I / لائحة I

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg
Poudre pour suspension buvable
AMM N°42/DMP/21NNPd DMP/VHA/18
Boîte de 24 sachets



6 118000 023739

Marketing