

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'Hôpital 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

N2820

Déclaration de Maladie

N° W21-768870

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : A23A8		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DERIAOUI ABDELRAHIM			
Date de naissance : 28/10/71 1985			
Adresse : RES. N° 54 N° 35 VILLA NR 2		DAR BOUAZZA CASA	
Tél. : 0660195964		Total des frais engagés : 551,20 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. CHKARMOU Med 11, Angle Rue Zineb Ishak et Bd. Ibn Tachfine CASA			
Date de consultation : 19/12/2022			
Nom et prénom du malade : DERIAOUI ABDELRAHIM			
Age: 41			
Lien de parenté : Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : J			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
19/12/2022	✓	1	200 Dhs	INP : 09140409186 Dr Zineb Tachfine

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

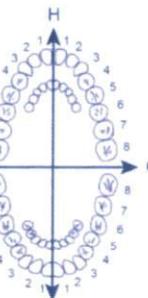
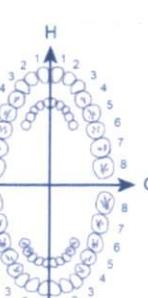
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		B	D	00000000	00000000	B		35533411	H		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B		B																				
D	00000000	00000000																				
B		35533411																				
H		11433553																				
				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

DR CHKARMOU MOHAMED

Diplôme de Médecine du travail

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

11. Angle Rue Zineb Ishak Bd Hassan

Alaoui et Bd Youssef IbnouTachfine

CASABLANCA

Tél: 05 22 62 02 92



الدكتور اشكارمو محمد

خريج كلية الطب ببنانسي

خبر 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

Dr. Chkarmou
MD
Pharmacie Generale
11, Rue Zineb Ishak
Bd. Ibn Tachfine
Casablanca
Tél: 05 22 62 02 92

Dr. Derriatoui

Abderrahmane

1) Olyen sachet
2 s met
2 s sou) } x 81

2) Algantyl pr.
2 l. 00 28 x 21 = 202 x P.

3) Febret s

15 x 21 x 3 i



Dr. Chkarmou
MD
11, Rue Zineb Ishak et
Bd. Ibn Tachfine CASA

PHARMED
Sous forme d'ampoules
Tél: 05 22 37 38 15

أوليپان

أموكسيسيلين / حامض كلاؤلانيك / سينيول

500 ملغ/62,5 ملغ/100 ملغ

12 كيسا - جرعات

مسحوق لتحضير معلق للشرب



عن طريق الفم

LOT 221307

EXP 04 24

PPV 87.80 DH



تركيبة :
أموكسيسيلين (على شكل ثلاثي مائي) 500 ملغ
حامض كلاؤلانيك (على شكل كلاؤلانت بوتايسوم) 62,5 ملغ
سينيول 100 ملغ

سواغ ذو تأثير معروف : أسيترام، مالتوديكسترين،
زيت القول السوداني.

حامل الترخيص للتسويق/المصنع
Titulaire de l'AMM/Fabricant
Marketing Authorization Holder/Manufacturer
Laboratoires Sotherma
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura
Casablanca / Maroc



كيفية الاستعمال و تحذيرات خاصة :
قبل أي استعمال أنظر جيدا إلى النشرة الداخلية.
احتياطات خاصة للحفظ :
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن الرطوبة وفي درجة حرارة
لاتتعدي 25 ° م.

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

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg
Poudre pour suspension buvable
AMM N°40/DMP/21NIPd DMP/VHA/18
Boîte de 12 sachets

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
FOLLOW PRESCRIBED DOSES
 يجب الالتزام بالجرعات الموصوفة



6 118000 023715

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

أوليبيان

أموكسيسيلين / حامض كلاؤلانيك / سينيول

500 ملغ/62,5 ملغ/100 ملغ

12 كيسا - جرعات

مسحوق لتحضير معلق للشرب

المنبهة	النهاية	الصباح	النصف	المساء	قبل	بعد
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____



عن طريق الفم

LOT 221307

EXP 04 24

PPV 87.80 DH

أموكسيسيلين / حمسن سهولانيك / سينيول

500 ملغ/ 62,5 ملغ/ 100 ملغ

24 كيسا - جرعات

مسحوق لتحضير معلق للشرب

المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد



عن طريق الفم

LOT 220848

EXP 03 24

PPV 154.60 DH

سوطيمما
SotHEMA

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Keep out of sight and reach of children

يحفظ هذا الدواء بعيداً 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 1

OLIPEN® 500 mg/62,5 mg/100 mg

Poudre pour suspension buvable

AMM N°42/DMP/21NPI DMP/NHA/18

Boîte de 24 sachets



Marketing

T

B