

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° W21-778969

245893

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11800 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTAIEB FATIMA ZAHRA

Date de naissance : 04-01-1980

Adresse : 126 E ZOURIR - OULFA - CASA

Tél. : 06 66 42 8434 Total des frais engagés : 154,2 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 JAN 2023

Nom et prénom du malade : SATIT Ned RIAD Age : MANS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : infection dentaire

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) : [Signature]

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
04/01/23	DH	300	Gratuit	INP : 031923799

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/01/23	175,60
	10/01/2023	278,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

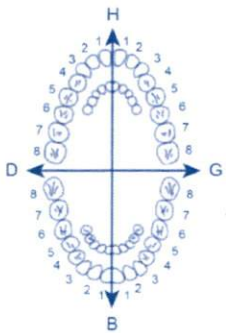
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

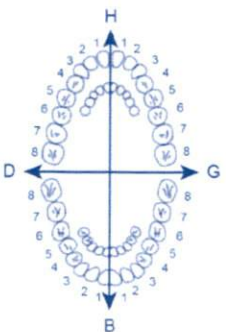
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
						MONTANTS DES SOINS	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
						DEBUT D'EXECUTION	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
						FIN D'EXECUTION	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div>DATE DE LA PRESCRIPTION</div> <table><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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		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

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 10-01-2023

Riad Samit

1) Acicbair sirop
200,00 scac x 5/j. pch

2) onopropolis pommade
59,70 scap x 3/j.

3) Bucothynol (solution buccale)
18,90 bande buccale x 3/j.
278,60

PHARMACIE HANZA
CASABLANCA
Lettre du 17/01/2023 Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Assistante ECH-CHARI NADIA
Pédiatrie

CICLOVIRAL®

Aciclovir

80 mg/ml

Suspension buvable

Flacon de 100 ml

Agiter avant emploi

CICLOVIRAL® 80 mg/ml

Flacon de 100 ml susp. buvable



6 118000 071501



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 Mohammédia - Maroc

صنع من طرف مختبرات أفريكسفار

المنطقة الصناعية عين حروقة غرب

الطريق الجهوي رقم 322، (الطريق الثانوي 111 سابقا)

كلم 12.400 عين حروقة 28630 المحمدية - المغرب



CE MÉDICAMENT + GROSSESSE
= DANGER

Ne pas utiliser chez les filles,
adolescentes, femmes en âge de procréer
ou enceintes, sauf en cas d'échec des
autres traitements ou en l'absence
d'alternative thérapeutique.

200,00

OROPROPOLIS OROPROPOLIS



OROPROPOLIS



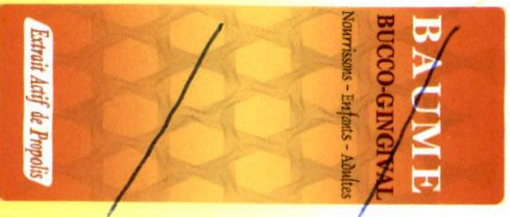
OROPROPOLIS

BAUME BUCCO-GINGIVAL

Nourrissons - Enfants - Adultes

LOT: 349/PER: 09/2025

PPC: 59.70 DHS



Laboratoires LABINDUS
Distribué par PHARMASOFT
60, Zone Industrielle
Ain Chaf 30000 - Fes
Tél : 0535603388 Fax : 0535603918
BP : 5751 Fes - MAROC

Site web : www.pharmasoftlab.ma



3 529976 877104

Lot N° :

Per :

بيكو تيمول

بالليدوكاين

قارورة 150 مل

محلول غسول للفم
غرغرة

BUCCO THYMOL

à la Lidocaïne
Flacon de 150 ml

Solution pour bain de
bouche et gargarismes

Indications

Traitement local à visée
antiseptique et antalgique.

علاج موضعي مطهر ومسكن للالام

Formule

Acide salicylique.....	0,100 g
Chlorhydrate de lidocaïne.....	0,100 g
Menthol.....	0,050 g
Thymol.....	0,010 g
Ethanol.....	9,500 ml
Jaune orangé S.....	0,002 g
Eau purifiée q.s.p.....	100,000 ml

التركيبة

حامض ساليسيليك.....	0,100 غ
ليدوكاين هيدروكلوريد.....	0,100 غ
منثول.....	0,050 غ
تيمول.....	0,010 غ
ايتانول.....	9,500 مل
اصفر برتقالي س.....	0,002 غ
ماء مستخلص كمية كافية ل.....	100,000 مل

NE PAS AVALER
USAGE EXTERNE

لا يبلع
استعمال خارجي

BUCCO THYMOL

à la Lidocaïne
Flacon de 150 ml



BUCCOTHYMOL
Flacon de 150 ml



6 118000 020332

18,90



2300618483 / 150804140047KH

Prénom : MOHAMED RIAD

Nom : SAMIT

DDN : 24/02/2012 E: 04/01/2023

Service : URGENCES (NA)



PAYANT

Sexe : M

Casablanca, le : 4/04

29.900 2 15

① Clavulin 500mg sachet

1 sachet x 31; pdt 7 jrs.

15,80

15

② Doliprane. 500

1 cp charge 6h si fièvre.

DR BENI, IDIA KARIM
Pharmacie
32 Oued el Assalam
Oudja - Casablanca
Tél : 05 22 93 22 37

175,60

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

500 mg/62,50 mg

ENFANT

Poudre pour suspension
buvable en sachet

كلافولان

أموكسيسيلين/ حمض الكلافولانيك

500 ملغ / 62,50 ملغ

مسحوق لمستعلق

▲ 12 sachets

Voie orale

عن طريق الفم

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

500 mg/62,50 mg

ENFANT

Poudre pour suspension
buvable en sachet

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice.

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

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



..... sachet(s) fois par
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 79,90 DH
LOT: 651111
PER: 06/24



CLAVULIN 500 mg/62,50 mg
12 sachets



6 118000 160564



12

CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



..... sachet(s) fois par
jour à prendre de préférence
au début des repas, pendant
..... jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 79,90 DH
LOT: 651111
PER: 06/24



CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



Poudre pour suspension
buvable en sachet

Composition :

Amoxicilline 500mg
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 62,50mg
(sous forme de clavulanate de potassium).
Contient de l'aspartam (environ 15mg).

يحتوي هذا الدواء على الاسبارتام

Conserver à une température
inférieure à 25°C et à l'abri
de l'humidité.

تخزين في درجة حرارة أقل من
25° وبعيدا عن الرطوبة.



CLAVULIN
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE
500 mg/62,50 mg

ENFANT



Poudre pour suspension
buvable en sachet

كلافولان

اموكسيسيلين / حمض الكلاوانيك

500 ملغ / 62,50 ملغ

مسحوق لمستعلق

▲ 12 sachets

Voie orale
عن طريق الفم

CLAVULIN 500 mg/62,50 mg
12 sachets



6 118000 160564

دوليب ران[®]

بارا صيطا مول

ملغ 500

16 قرصا فوارا

بوتقيا شيم
382 ممر الكورياتاني - ميمون السبيع - المدار البيضاء
من البشور شي - سيطلي مسكول

الاعوجاج والحمى

Doliprane 500 mg ○
PARACETAMOL

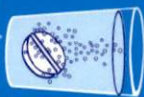
Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité
NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

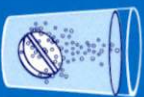


bottu s.a.

et, Allée des Casuarinas - Ain Sebla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables



للكبارة والاطفال
ابتداء من 27 كلغ



Adulte et enfant
à partir de 27 Kg

P P V 1 5 0 H 8 0
P E R 0 8 / 2 5
L O T L 2 7 0 2
S 1

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 1841 / 2023 du 04/01/23

Nom patient	SAMIT MOHAMED RIAD	Entrée	04/01/23
	PAYANTS	Sortie	04/01/23

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION DE PEDIATRIE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tél: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 29 03 53 45
 Email: contact@hckm.tn
 Site: www.hckm.tn

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2301041245188940 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2300618483	SAMIT MOHAMED RIAD	04/01/23

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI/4596384 BOUTALEB FATIMA ZAHRA	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : MOH.ALI

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
N° : 2301041245188940 / 1 / 0
Tél : 05 29 06 00 00
Fax : 05 29 06 00 00
N° : 2301041245188940 / 1 / 0