

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° W21-635916

152316

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12669

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Asma

BARJOL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668243128

Total des frais engagés : 346,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENABDALLAH Touria
Médecin Généraliste
1^{er} Etage, Appt 2 Projet Sidi Maârouf
Imm. 87 - Casablanca
Tél. : 05 22 78 60 72

Date de consultation : 05/12/22

Nom et prénom du malade : Asma

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) :

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
5.12.22	C		150 dh	INP : 09110303183

Dr. BENABDALLAH Touria
Médecin Généraliste
1^{er} Etage, Apt 2 Projet Sidi Maarouf
Imm. 87 - Casablanca
Tél: 0522 54 17 19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/12/22 196,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

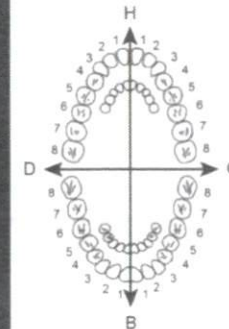
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

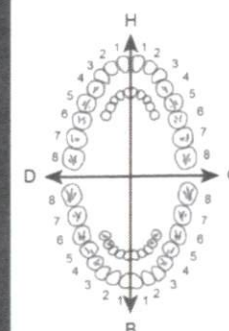
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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

Dr Benabdallah Touria

Médecine Générale

Lauréat de la faculté de
médecine et pharmacie de
Rabat



الدكتورة بن عبد الله تورية

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة

الرباط

Échographie

الفحص بالصدى

Ordonnance

Casablanca le : 05 - 12 - 22 في الدار البيضاء،

Dr mae Banaïl

79,70

1) Azix 40 mg



144.6035

40,00

2) Bromylene 20 mg



1205.35

2.690

3) Wrc 100 mg

14.2

49,60

4) D. 100 mg

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Bouskoura Golf city
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 59 97 09

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial Bouskoura Golf city
RDC N° 9 - Bouskoura - Casablanca
Tél: 0522 59 97 09

PPV: 49,60 DH
OT: 22H22
XP: 08/2025

Dr. BENABDALLAH TOURIA
Médecin Généraliste
1^{er} Etage, Appt 2 Projet Sidi Maarouf
Imm. 87 - Casablanca
Tél: 05 22 79 00 10

126,20

Tel Ata

2, Projet Sidi Maarouf, Imm 87, Préfecture d'arrondissement Ain Chock
Téléphone : 0522 78 60 72

AZIX[®]

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux :

- infections respiratoires hautes : pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISE EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée) au cours de traitement doit être signalée immédiatement.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou réaction survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de : Insuffisance hépatique, antécédents allergiques, manifestations cutanées d'origine allergique, prise concomitante d'autres médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées et douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques ; prurit, rash cutané, oedème de Quincke.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.

Adulte et enfant de plus de 45 kg : 500 mg par jour, 1 comprimé de 500 mg en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION :

Azix peut être pris pendant ou en dehors des repas.

TABLEAU A (LISTE I).

PPV 79DH70
PER 01/25
LOT L202

AZIX[®] 500 mg
Azithromycine

3 Comprimés sécables



6 118000 040941



bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

(Acide ascorbique)

VITA C 1000*, Comprimés effervescents : Boîte de 10
VITA C 1000*, Comprimés effervescents : Boîte de 20 (2 tubes de 10)
VITA C 1000* SANS SUCRE, Comprimés effervescents : Boîte de 10

- Vous devez-vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucune amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

- QU'EST-CE QUE VITA C 1000® COMPRIMES EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMES EFFERVESCENTS ET DANS QUELS CAS ONT-ILS UTILISÉS ?

2 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE VITA C 1000® COMPRIMES EFFERVESCENTS ET VITA C 1000® SANS SUCRE COMPRIMES EFFERVESCENTS ?

Adressez-vous à votre médecin ou pharmacien avant de prendre VITA C 1000[®] comprimés effervescents ou VITA C 1000[®] SANS SUCRE comprimés effervescents.

il est préférable d'éviter l'utilisation de la



PPV 26DH90

EXP 08/2025
LOT 28058

BIOMYLASE®
Comprimés pelliculés ; Boîte de 24
Sirop ; Flacon de 125 ml
Alpha-amylase

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre le médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez conseil à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Si les symptômes persistent, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez d'autres effets indésirables, mentionnés dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

BIOMYLASE® 200 U.CEIP/ml

Sirop 125 ml



IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

Composition qualitative et quantitative

Comprimé :	Pour 1 Cp enrobé
Alpha-amylase *Soit 2142.9 Unités Pharmacopée Européenne par Comprimé. Excipients	3000 U CEIP q.s.p.....
Sirop :	Pour 1 ml de sirop
Alpha-amylase *Soit 142.86 Unités Pharmacopée Européenne par ml de sirop. Excipients	200 U CEIP* q.s.p.....

بيوميلاز

200 U.CEIP/ml

49,00

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE

Comprimé : Saccharose et Jaune orangé S (E110).

Sirop : Saccharose, Glycérol, Parahydroxybenzoate de propyle sodique de méthyle sodique (E219).

Classe pharmaco-thérapeutique

Ce médicament appartient à la classe des enzymes à visée anti-inflammatoire.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ce médicament est indiqué dans les maux de gorge peu intenses et sans fièvre.

COMMENT UTILISER CE MEDICAMENT?

Posologie

- Comprimé :

Adulte : 1 Comprimé, 3 fois par jour au cours des repas.

- Sirop :

Adulte : 1 cuillère à soupe (15 ml), 3 fois par jour.

Enfant de plus de 3 ans (plus de 15 kg) : 2 cuillérées à café (10 ml), 3 fois par jour.

Nourisson et enfant de 6 mois à 3 ans (7 kg à 15 kg) : 1 cuillère à café (5 ml), 3 fois par jour.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Avaler les comprimés, sans les croquer, avec un verre d'eau.

Durée du traitement

Pour les comprimés : Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

En l'absence d'amélioration comme en cas de persistance des symptômes, prenez un avis médical.

Ne pas utiliser ce médicament de façon prolongée sans avis médical.

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT?

Ne prenez jamais BIOMYLASE :

• En cas d'antécédents d'allergie à l'alpha-amylase ou à l'un des composants, notamment les parabens (le cas du sirop).

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

EFFETS NON SOUHAITES ET GENANTS

Comme tous les médicaments, BIOMYLASE peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

BARIOL ASMA

De: RFM MUPRAS <rfm@mupras.com>
Envoyé: mercredi 8 mars 2023 09:36
À: BARIOL ASMA
Cc: AITTALEB ALI
Objet: RE: Déclaration maladie

Bonjour

Nous avons bien reçu votre dossier, votre demande est en cours de traitement.

Nous vous rappelons l'obligation de déposer à la Mutuelle, tout dossier envoyé par mail sous peine de rejet.

En cas de non réception de votre feuille de mutuelle et du dossier physique complet, sous un délai maximum **d'un mois après la fin de date de validité du 3 mois à compter de la date de l'exécution d'acte**, nous serons contraints de défalquer les montants déjà remboursés de vos prochains remboursements.

Cordialement.

De : BARIOL ASMA <ABARIOL@RoyalAirMaroc.com>
Envoyé : vendredi 3 mars 2023 18:23:26
À : RFM MUPRAS
Cc : AITTALEB ALI
Objet : Déclaration maladie

Bonjour,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint la déclaration maladie N°W21-635316.

J'ai essayé de la déposer au bureau de la MUPRAS au siège mais il était fermé, et aucune indication d'horaire d'ouverture / fermeture.

Je vous remercie pour votre compréhension.

Cordiales salutations,



ASMA BARIOL

TÉL +212 522 91 20 65
MOB +212 668 24 91 28



member of

