

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 Étage 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° M21- 081607

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9641 Société : ROYAL AIR MAROC
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LABIZ DERYEM
 Date de naissance : 03/03/1973
 Adresse : 15 RUE DAHILLON RES JADAL VAL FLEUR
 N°10. CASA
 Tél. : 0663211554 Total des frais engagés : \$589 \$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الكرواني
 طبيب مغلف، خبير التماس
 طريق مولاي الحسن
 (قرب مستشفى الحي الدار البيضاء)
 مانولا - الحي الحسن - الدار البيضاء
 الهاتف : 022 90 70 88

Date de consultation : 27 JULI 2023
 Nom et prénom du malade : CHABOUANE Radou Age : 12
 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 : CASA Le : 08/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

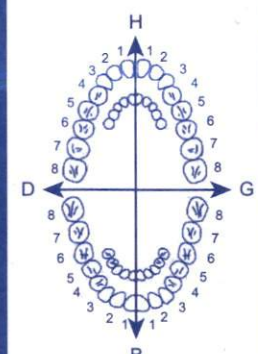
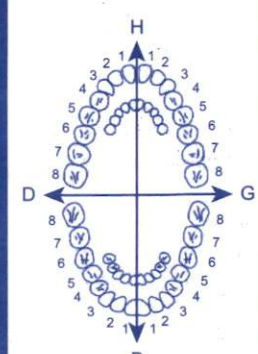


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27 JUL 2023	C		20084	
			IPNE : 091069666	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/23	389,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 : 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																									
				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																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبير لدى المحاكم

CHABOUN AADIA

Casablanca, le : 27 JUL 2023

الدار البيضاء، في :

79,90 X

Argumentu 500 > a

1ea x 3/7

67 2x
ayti

48,70

2. 1 SoluJued 20

2y le mafen & 3/7 ayti

79,10

3. 17ixol E

1ea x 3/7

19,40

4. 1 Antitoxynatal et aui

82,10 118H x 3/7

5. Esac 20

67 1/4
ayti le mafen
dewas

389,10

دكتور سعيد الغزولي
أبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60، طريق مولاي التهامي
مستشفى الحبي الحسني
الدار البيضاء
09 97 66 60
طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - هاي حساني - الدار البيضاء

الدار البيضاء



poudre pour suspension
buvable en sachet



enfant

500mg/62,50mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,50mg

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 : 650906
PER : 11/24





poudre pour suspension
buvable en sachet



enfant

500mg/62,50mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
500mg/62,50mg

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 : 650906
PER : 11/24



Composition : Prednisolone ... 20mg
(sous forme de métsulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent.

Excipients à effet notoire : Lactose Monohydraté, Sodium, Sorbitol.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE ET A LA VUE DES ENFANTS.

Reboucher soigneusement le flacon après chaque prise.



**SOLUPRED + GROSSESSE
= DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

dg matin

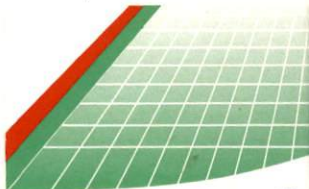
Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale



20 comprimés effervescents



SANOFI

Lot/Batch:

1PW1A

Fab./mfg.:

03/2022

EXP:

02/2025

Solupred® 20mg

OPEN





19/40

ANTIBIO SYNALAR

INDICATIONS, CONTRE - INDICATION ET
POSOLOGIE

voir la notice

Tenir hors de la vue et la portée des enfants.

A conserver à une température inférieure à 25°C, à
l'abri de la lumière.

COMPOSITION

Acétonide de Fluocinolone 0,025 g

Sulfate de Polymyxine B 1 000 000 U.I

Sulfate de néomycine 350 000 UI

Excipients QSP 100 ml

Excipients à effet notoire :

Nitrate de phénylmercurique, propylène glycol



NE PAS AVALER لا يبلع

AMM N° 461/SG/42

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et Fabricant

 Polymedic

Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane

Casablanca - Maroc

Dr. T. BELABDA : Pharmacien Responsable

أنتيبيو
سينلار

قطرات أذنية

الكبار، الصغار



قئينة من سعة 10 مل



ESAC[®] **20**
ésoméprazole **mg**

14 gélules

*Microgranules
gastrorésistants*

Voie orale



Lot 22013
PER 12/24
PPV 32DH10



3

Enfants

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût fraise



200 ml e

Pharmalife
RESEARCH



8 032578 479263

Lot:
À consommer
avant le:

220999
12/2025

PPC: 79,50 DH