

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-523456

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

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 13302

Matricule : 13302 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Loubani Hiba

Date de naissance : 25/07/1983

Adresse : 21, Ave 17 app 6 3ème ety Mogala (Oufk)

Tél. : 06 33 33 88 51 Total des frais engagés : 132,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. KHALIFA FARAH**  
Médecin Généraliste  
167 Bd Abdelmoumen Rés. Alyamama  
Porte A 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 33 85 20

Date de consultation : 22/09/2020

Nom et prénom du malade : Loubani Hiba Age : 26 ans

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

Nature de la maladie : Rhume

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 : Casablanca

Le : 29 / 02 / 20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
4/2/2010		C3	200 DH	INP : Dr. KHALIFA FARAH Médecin Généraliste 167 Bd Abdelmoumen N° 1 - Casablanca Porte A 1er Etage Tél. : 05 22 22 88 20

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

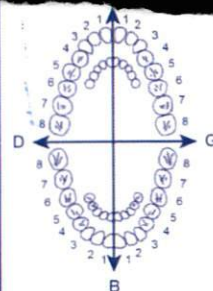
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

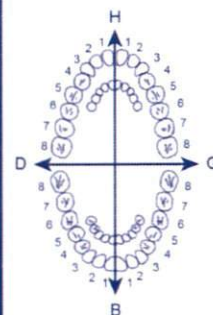
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

# DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR KHALIFA FARAH

Médecine Générale

Spécialiste en Médecine du Travail  
de l'Université de Rennes (France)

- Certificat Universitaire d'Expertise Médicale et Réparation Juridique du Dommage Corporel
- Certificat Universitaire d'Echographie Générale
- Ex-Medecin Chef de Plusieurs Délégations du Ministère de la Santé à Casablanca



الدكتور خليفة فرح

الطبيب العام

طبيب مختص في طب الشغل من جامعة رين بفرنسا

- شهادة جامعية في الخبرة الطبية والتعويض القانوني للأضرار الجسدية
- شهادة جامعية للفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بعدة مندوبيات وزارة الصحة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 4 FEB 2020 : الدار البيضاء، في :

Nom : LOUBANI Prénom : HIBA

**ORDONNANCE**

au Augment - 1g 16s

**IBERTIN sachets à 1 g**

1 sachet x 2/j pendant 7 j

**Doliprane Vit C cp à 500mg**

1cp x 2/j

**Febrex sachets adultes**

1 Sachet le soir

**Humex pour mal de gorge spray**

1 application x 3/j

DR. TIR Abdelaziz  
38, Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 0522 90 21 67 Casa

Dr. KHALIFA FARAH  
Médecin Généraliste  
167 Bd Abdelmoumen Rés. Al Yamama  
Porte A 1er Etage N°1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 86 20

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g/125 mg

Sachets

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

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

PPV: 168.20 DH

LOT: 623078

PER: 03/21



# POSOLOGIE

- **Enfant de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise,**  
sans dépasser 4 comprimés par jour.  
**Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.**
- **Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) :**  
1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.
- **Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.**  
**Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.**

..... comprimés/prise  
..... fois/jour pendant ..... jours

AMM N° 554/15 DMP/21/NRQ

**DolipraneVitamineC\***

Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

16 comprimés effervescents



6 118000 041252

## دوليببران فيتامين س®

بارا صيطا مول 500 مغ + فيتامين س 150 مغ



الأوجاع والحمى

16 قرصا فوارا

**b**

بوتني مد  
مصر الكازباريتاني - عين الشيخ - الدار البيضاء  
م. البشري - ميداني مطول

P P V 1 8 D H 0 0  
P E R 1 0 / 2 2  
L O T 1 2 4 1 3  
S 1





**ANTISEPTIQUE**  
**ANESTHÉSIQUE** 



**SANS SUCRE**

**CITRON**

**Collutoire 35 ml**

MÉDICAMENT - DÈS 6 ANS

Lot N°

Ut.av.fin

65329



01-2022

**Distributeur au Maroc:**

**Laboratoires STERIPHARMA**

**Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf**

**CASABLANCA-MAROC**

**PPV : 30,00 DHS**

# FEBREX<sup>®</sup>

**Composition :**

Phéniramine maléate	25 mg
Paracétamol	500 mg
Acide ascorbique (Vit C)	200 mg
Excipients q.s.p.	un sachet.

**Liste des excipients à effet notoire :** Saccharose 7,90 g.

**Forme Pharmaceutique :**

Granulés pour solution buvable. Boîte de 8 sachets.

**Indications thérapeutiques :**

Traitement symptomatique des :

- Ats grippaux
- Rhinites allergiques / rhumes
- Rhinopharyngites

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Réservé à l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans, 1 sachet 2 à 3 fois par jour à dissoudre dans une quantité suffisante d'eau.

**Ne pas laisser à la portée des enfants.**

**Mises en garde : lire attentivement la notice.**

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

FEBREX<sup>®</sup> Adulte



6 118000 310624

# FEBREX<sup>®</sup>

Lot :

Exp. :

CIP: 3400931000679  
M9010250  
01/2024



- Rhume
- État Grip
- Rhinite A
- Rhinopha

BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00



\* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 \*

**8 Sachets de Granulés**



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques



**Voie Orale**

PHARMED

LOT : 7316  
UT.AV:12-22  
PPV:21DH00