



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Declaration de Maladie

N° W19-554471

N°D : 34638

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 d'Activité Médicale - 10ème Etage - Rue Mohammed VI - 20100 - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 24 62 41 41 - Fax : 05 24 62 41 42 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



## Déclaration de Maladie

N° W19-459278

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13221 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAYANE Oumayma  
 Date de naissance : 24/09/1993  
 Adresse : 630 BLV ETG RC MUNICIPAL CASABLANCA  
 Tél. : 07 624960 00 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/05/2020

Nom et prénom du malade : BAYANE Oumayma

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

Nature de la maladie : Burctm epidermique

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 : 23/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

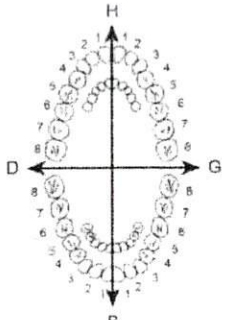
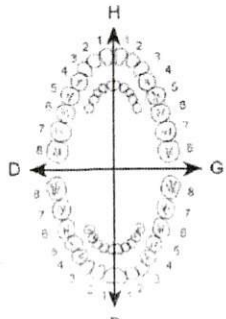
*[Signature]*

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
02/05/2020	C5	2000		IMP : 11004137

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/05/2020	97,20

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				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	IMP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
				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 00000000 00000000 G 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. DOUHI LARBI**CABINET  
CHIRURGIE **ORL**  
CERVICO-MAXILO-FACIALEExplorations Endoscopiques  
Céphalées Vertiges Surdités Ronflements  
Expert Assermenté . Enfants Et Adultes  
Membre De La Société Française D'ORL

TEL / 0524624141

**الدكتور دوشي العربي**عيادة الأذن الأنف الحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
الفحص بالمنظار والمجهر  
تشخيص وعلاج الصمم الدوخة والشخير  
لوجع الرأس حساسية الأنف  
الكبار والصغار والرضيع - خبير محلف لدى المحاكم  
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض الرأس والعنق

Safi Le : ..... 02/05/2020 ..... السقي في :

**ORDONNANCE****BAYANE OUMAYMA****ANTIBIO-SYNALAR 2,5 MG Goutte auriculaire**

1940 3 GOUTTES 3 X/J 15 JOURS

**ECOCLAV 500, Sachet**

77.80 1 SACHET 3X/J 8 JOURS

**Dr. LARBI DOUHI**  
**Spécialiste ORL**  
N° 21, Immeuble Bleu de Safi - 2<sup>ème</sup> Etage  
Angle Rue R'bat et Rue Mohammed Ben Abdellah  
à côté Clinique ESSAADA - SAFI - Tél. 05 24 62 41 41**En cas d'Urgences s'adresser à La Clinique ESSAADA****Tél : 05 24 46 33 81 : في حالة الإستعجال اتصلو بمصحة السعادة الهاتف :****21 Imm. Bleu de Safi 2ème Etage Angle rue R'bat rue Mohammed Ben Abdellah  
à coté de la Clinique ESSAADA Safi****رفع 21 الطابق 2 عمارة أزرق - أسفي - ملتقى زنقة الرباط - شارع سيدي محمد بن عبد الله - قرب مصحة السعادة**

# ANTIBIO-SYNALAR

## Gouttes auriculaires

### Flacon de 10 ml

Acétonide de fluocinolone / Sulfate de polymyxine B / Sulfate de néomycine

**Veillez lire attentivement l'**  
 • Gardez cette notice, vous pour-  
 • Si vous avez toute autre que-  
 ou à votre pharmacien.  
 • Ce médicament vous a été p-  
 cas de symptômes identiques  
 • Si l'un des effets indésirable  
 dans cette notice, parlez-en à



0161

utiliser ce médicament.

dez plus d'informations à votre médecin  
 ez jamais à quelqu'un d'autre, même en  
 ez un effet indésirable non mentionné  
 en.

**COMPOSITION DU MEDICAL**  
**Composition qualitative et q**  
 Acétonide de fluocinolone .....  
 Sulfate de polymyxine B .....  
 Sulfate de néomycine .....

ANTIBIO SYNALAR

0,025 g  
 1 000 000 UI  
 350 000 UI

**Excipients:** Nitrate de phényl-  
**Excipient à effet notoire:** Phé-  
**FORME PHARMACEUTIQUE**  
 Solution pour instillation auricu-  
**CLASSE PHARMACO-THER**  
 Ce médicament est une as-  
 antibiotiques (néomycine et po-  
 La polymyxine B est un antibi-  
**DANS QUELS CAS UTILISER**  
 Ce médicament est indiqué da-  
**COMMENT UTILISER CE ME**  
**Posologie:**

A titre indicatif, la posologie us-  
 Instiller chaque matin 3 à 6 go-  
 Se conformer à l'ordonnance de l-  
**Mode et voie d'administration**  
 Voie locale.  
 Instillation auriculaire.  
 Il est recommandé de ne pas u-  
 Tiédir le flacon au moment de l-  
 d'éviter le contact désagréable

**Pour mettre les gouttes dans u**  
 • Il faut d'abord pencher la tête  
 haut.

• Mettre les gouttes dans l'oreil-  
 • Tirer à différentes reprises su-  
 l'oreille.

• Attendre environ 5 minutes et  
 • Lorsque vous relevez la tête,  
 absorbant qui n'a pas besoin d-  
 Il est important de bien suivre c-  
 il faut garder suffisamment le  
 médicament dans l'oreille. Re-  
 gouttes couleront le long de v-  
 moindre efficacité du traitement  
 Refermez le flacon immédiatement  
 A la fin du traitement, le reste d-  
**Fréquence d'administration:**  
 Deux administrations par jour.  
 soir.

أنتيبيو  
 سينلار

قطرات أذنية

الكبار، الصغار



قنينة من سعة 10 مل

ANTIBIO SYNALAR  
 GOUTTES  
 AURICULAIRES 10 ml



- التعليمات، كفية و موانع الاستعمال: اقرأ النشرة  
 - لا يترك في متناول الأطفال.

مصنوع من طرف هـ بوليمديك  
 رفقة أمبوب دانتيل حي أرسلان  
 الدار البيضاء - المغرب  
 د.م الحواشي - صيدلي مسؤول.

**Durée de traitement:**

La durée du traitement est habituellement de 7 jours.  
 Pour être efficace, cet antibiotique doit être utilisé régulièrement aux doses prescrites et aussi longtemps que votre médecin vous l'aura conseillé.  
 La disparition des symptômes ne signifie pas que vous êtes complètement guéri. L'éventuelle impression de fatigue n'est pas due au traitement antibiotique mais à l'infection elle-même. Le fait de réduire ou de suspendre votre traitement serait sans effet sur cette impression et retarderait votre guérison.

500 mg /  
62,5 mg

**ECOCLAV**®

Amoxicilline et Acide clavulanique

Poudre pour suspension buvable



پروموفارم س.ا.  
**PROMOPHARM S.A.**



Boîte de 16 sachets

Tenir hors de la portée des enfants.  
Conserver dans un endroit sec  
en dessous de 25°C.  
Posologie et Mode d'emploi:  
consulter la notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.  
يحفظ في مكان جاف تحت 25° مئوية.  
الجرعة وطريقة الاستعمال:  
اقرأ النشرة المرفقة.

ECOCLAV 500 mg / 62,5 mg®  
Amoxicilline et Acide clavulanique  
16 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242291

				PENDANT
 MATIN	 MIDI	 SOIR	 DURÉE	 REPAS

LOT 19037 PER 09/21  
PPU 77DH80