

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- N° 000270

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1853 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : DAKACH M. NAJIB
Date de naissance : 21/06/1953
Adresse : BLOC E8 RUE NR4 MAISON NR 99
CITE DAKHLA AGADIR
Tél. 661323124 Total des frais engagés : 556,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : AGADIR Le : 03/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

03/01/23

556.90

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

AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

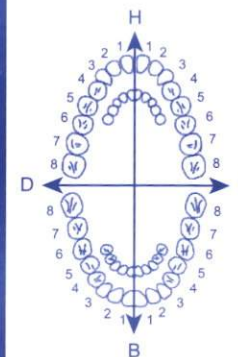
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

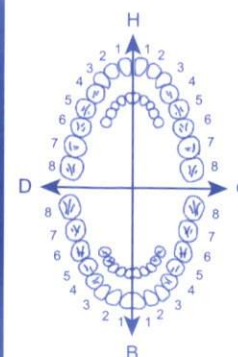
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

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

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI

61 Avenue AHMAD AL MANSOUR EDDAHBI



DR LAMIA OUSSEHIR
DOCTEUR EN PHARMACIE
ICE 000505403000079

R.C :40224
T.V.A :IF 75768391
Banque:
Tél :0528-22-01-45

Patente:48145480
C.N.S.S:6554382

Le 03/01/2023

FACTURE N°256967

HADIANI SAIDA

Désignation	Quantité	PPM	Total
ALLERGO-COMOD COLLYR	1	57,90	57,90
OXYAL CL	1	65,00	65,00
ANTIBIO-SYNALAR GOUTTES	1	19,40	19,40
BIPRETERAX 10/2.5 CP	1	159,50	159,50
COLTRAX 12 CP	1	45,70	45,70
PECTRYL SIROP GM	1	34,70	34,70
KARDEGIC 75MG\30	2	30,70	61,40
LOTEMAX COLLYRE 5 ML	1	112,50	112,50
Total =			556,10

PHARMACIE AL MANSOUR EDDAHBI
Dr. LAMIA OUSSEHIR
61 Av. Al Mansour Eddahbi
61100 Bakhla - AGADIR
Tél: 05 28 22 01 45
INPE: 042007377

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Cinquante Six Dirhams et 10 centimes.

Bipreterax®

Arginine 10 mg / 2,5 mg

Comprimés pelliculés
Périndopril arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

10



159,50

10 مل 10 مل 10 مل



الكبار والصغار
قطرات أذنية
استنسل
استنسل

ANTIBIO SYNALAR

19,40

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et Fabricant
Polypharm
Rue Amyot d'Orville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Dr. T. BELABDA : Pharmacien Responsable

AMM N° 461/SG/42



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
Acétate de Fluocinolone 0,025 g
Sulfate de Polymyxine B 1 000 000 U.I
Sulfate de néomycine 350 000 U.I
Excipients : QSP 100 ml
Excipients à effet notoire : Nitrate de phénylmercurique, propylène glycol

Flacon de 10 ml



**ANTIBIO
SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES**
ADULTES, ENFANTS

صاحب رخصة التسويق
بالطبيب والمصنوع
موقع الامور داخل جوار
الشارع الجديد - المغرب
ط. ت. بلابدا - صيدلي مسؤول

الاحتياطات: كمية ومواعيد الاستعمال - اقرأ النشرة
- لا يترك في مكان لا يتصل بالهواء
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة
يحفظ عن الضوء



ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml

KARDEGIC®

KARDEGIC® 75mg

Acétylsalicylate de DL-Lysine

Poudre pour solution
buvable

30 sachets-dose

Voie orale

SANOFI

المكونات:
أسيتيل ساليسيلات د.ل. ليسين ملغ 135
الكمية المقابلة من حمض أسيتيل ساليسيليك ملغ 75

المكونات:
أسيتيل ساليسيلات د.ل. ليسين ملغ 135
الكمية المقابلة من حمض أسيتيل ساليسيليك ملغ 75
سواغ معروف التأثير: لاكتوز.
دوائي الاستعمال: ينصح بهذا الدواء في علاج بعض أمراض القلب والأوعية الدموية.
كيفية وطريقة الاستعمال: عن طريق الفم.
يحفظ بعيدا عن مראى ومتناول الأطفال.
اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال.
تحذيرات خاصة: خاص بالبالغين.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.
احتفظ بالأكياس في العلبة الخارجية بعيدا عن الرطوبة.
دواء لا يخضع لوصفة طبية.



KARDEGIC + GROSSESSE = INTERDIT

كارديجيك + حمل = ممنوع

Ne pas utiliser chez la femme enceinte.

لا يستعمل لدى النساء الحوامل.

Titre
Route
Cas
Lahcen
Fabricant:
km 10, route
Aïn Sebaâ

LOT : 22E002
PER.: 09 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT : 21E010
PER.: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax®

THIOLCOLCHICOSIDE

Voie orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice

انظر البيان

عن طريق الفم
إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

تيو كولو لشيكنزيه

كولتراكس

12 قرصا من 4 ملغ

أقراص

04/11/20

04/11/20 04/11/20



12 comprimés

Coltrax® 4 mg



118000 120322

Allergo-COMOD® Cromoglicat de sodium

sans conservateur



10 ml
de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjunctival

URSAPHARM

STERIPHARMA
PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60 20 20 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n°

06/2025

305382

BAUSCH + LOMB

LOTEMAX®

Etabonate de lotéprednol
Suspension ophtalmique
à 0,5 % (5 mg/mL)

لوتيماكس
إيتابونات اللوتيريدنول
0,5 % (5 ملغ / مل)

Stérile
Sur prescription médicale
exclusivement

مستعلق للعين معقم
بوصفة طبية فقط

5 mL

5 مل

Date Fab. : تاريخ الصنع
Date Exp. : تاريخ الانتهاء
Lot : الحصة

353

2024-04

LOT



10 ml

Oxylal® + OXYD®

Oxylal®

10 ml

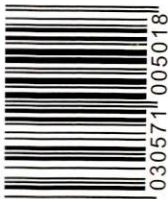
+ OXYD®



CE 0483

Fabricant
Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165 - 173
D-13581 Berlin
Rimapharma
Address: 165, Bd, Abdelmoumen
Casablanca, Morocco.
Moroccan CE n° : 6851/2017/DMP
Date : 06-10-2017
mdc medical devise
certification GmbH
Kriegerstrasse 6, D-70191
Stuttgart

COMPTE-GOUTTES OCULAIRE
SOLUTION OPHTALMIQUE
LUBRIFIANT À BASE
D'ACIDE HYALURONIQUE ET
D'ÉLECTROLYTES ESSENTIELS.



4 030571 005018

RIMAPHARMA

PVC

65 00 DH