

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 canalaires, 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 canalaires.

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° W21-768229

148985

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUANA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600 643493 Total des frais engagés : 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 :

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.

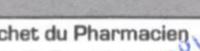
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

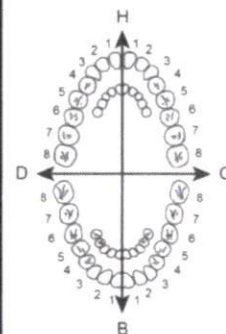
[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/01/23	663,50

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	

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



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

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

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2112022140400.

13 janvier 2023

NASR MOUNA

1/Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin

2/ Adancor 10mg 1cp /jour

3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j

4/ Amep 5 mg 1 cp/j

5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j

6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j

7/ Oedes 20 mg 1 gel/j le matin 15 min avant petit déjeuner

TRAITEMENT DE 6 MOIS

PHARMACIE NOUR VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annasr: S21-ZR164 N°1 Victoria City
06.64.21.83.38
05.20.630.111

PHARMACIE NOUR VICTORIA
Dr. RAHAL Hajar
Annasr: S21-ZR164 N°1 Victoria City
06.64.21.83.38
05.20.630.111

092088962

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V: 270,00 DH
6 118001 082018



Cardensiel® 10 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 76,90 DH



090063728

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Cardio pathie ischémique détectée
+ Diabète + IR

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

le /

Cachet et signature du médecin traitant :

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Stanorm®

Atorvastatine

Voie Orale

20
mg



30
Comprimés
pelliculés

Stanorm® 20 mg
Atorvastatine

zenith pharma

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable.
AMM N° 294/18 DMP/21/NCV

مصنع وموزع من طرف : زينيث فارما
96, المنطقة الصناعية, تاسيلا إيزكان أكادير - المغرب
د. محمد البوحمادي, صيدلي مسؤول.



Ne pas dépasser la dose prescrite
شعاع الجرعة المعينة
Tableau A (Liste I)



CS0462-02

ستانورم®

أتورفاستاتين

عن طريق الفم

20
مغ

Stanorm® 20 mg

Atorvastatine
30 Comprimés pelliculés



6 118000 331582

30
قرصا
مغلغا

Composition : Atorvastatine calcique trihydraté ... 21.72 mg.
Equivalent à l'atorvastatine ... 20 mg.
Excipients : q.s.p. Excipient à effet notoire : lactose.
A conserver à une température inférieure à 30°C.
A utiliser sur prescription médicale.
Pour plus d'information : consultez la notice interne.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

التركيب : أتورفاستاتين الكالسيوم ثلاثي الهيدرات 21.72 ملجم.
ما يعادل أتورفاستاتين 20 ملجم.
السواغات : كمية كافية لقرص واحد. سواغ ذو تأثير فعال : لاکتوز.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 °م.
يصرف بموجب وصفة طبية. للمزيد من المعلومات : انظر النشرة المرفقة.
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

105x77x35

Composition :
Trimétazidine (sous forme de dichlorhydrate) 35,00 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé pelliculé à libération modifiée

Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus. Ces mesures contribueront à protéger l'environnement.



Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament pendant la grossesse, sauf avis contraire de votre médecin.
من الأفضل عدم استخدام هذا الدواء خلال فترة الحمل إلا إذا نصحت الطبيب بذلك.

التركيبة :
تريميتازدين (ثنائي كلوريدات) 35,00 ملغ
السواغ ك.ك.ل.... قرص واحد ملبس ذو تحرر معدل

يجب عدم رمي الأدوية في الجاري أو في الشبكات المزيلة. استفسر لدى الصيدلي عن طريقة التخلص من الأدوية غير المستعملة.
تستاهم هذه التدابير في حماية البيئة.

VASCOR LM®

Trimétazidine 35mg

60

COMPRIMÉS PELLICULÉS
À LIBÉRATION MODIFIÉE

VOIE ORALE

N° d'AMM 305/17 DM/P21/NC/CD

الرجاء الاطلاع على النسخة المحفوظة في الملف الطبي.
الرجاء الاطلاع على النسخة المحفوظة في الملف الطبي.

Prescription initiale renouveau réservée aux spécialistes en cardiologie.
Renouvellement non restreint.

Take care of the bottle and the use of the children.
Take care of the bottle and the use of the children.

41, Rue Méd Drouot, 20110 Casablanca
Avenue DMC/CD Pharmacie responsable

COOPER

Fabriqué par

Respecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance

À conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Suivez les conseils de votre médecin et votre pharmacien.
Lisez attentivement la notice avant toute utilisation.
Préservez le médicament de l'humidité et de la lumière.

فاسكور تريم

تريميتازدين 35 ملغ

VASCOR LM 35mg
60 comprimés pelliculés



60

قرصا ملبسا
ذو تحرر معدل

فاسكور تريم

60 قرصا ملبسا
ذو تحرر معدل

عن طريق الفم

CI: 6278

Composition :
Amlodipine 5 mg
Excipients q.s. 1 comprimé/tablet

COOPER PHARMA
Fabrique par / Manufactured by
COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - 20110
Maroc / Morocco
Pharmacien responsable / Head Pharmacist:
Amina DAUOUDI

صنع من طرف :
كلية العلوم
جامعة الجزائر
الجزائر - 110
البريد الإلكتروني :
amir@univ-dz1.dz

3

DURÉE	MATIN	NOON	SOLÉ

Comprimés / Tablets

5 mg
Voie Orale
Oral Route

AMEP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES
(احرص على الجرعات الموصوفة)
Uniquement Sur Ordonnance
Under Prescription Only
لا يباع الا بوصفة طبية

Liste 1/List 1 (Tableau A/Table A)
(Liste 1/List 1)

AMEP is a trade mark
Keep out of the reach and sight of children.
Ne laissez ni à la portée ni à la vue des enfants /
Read carefully the patient information leaflet before use.
Lire attentivement la notice /

CE MEDICAMENT + GROSSESSE
 = DANGER
 THIS MEDICINE + PREGNANCY
 = DANGER
 لا تأخذوا هذا الدواء أثناء الحمل
 = DANGER
 If you think or plan to be pregnant, you must
 tell your doctor before taking this medicine.
 Si vous pensez ou prévoyez d'être enceinte,
 vous devez en prévenir votre médecin avant de
 prendre ce médicament.
 If you think or plan to be pregnant, you must
 tell your doctor before taking this medicine.
 لا تأخذوا هذا الدواء أثناء الحمل
 = DANGER

AMM N° 144/19 DMP/21/NRQ

IDEMICO

AMEP® 5mg ○
28 comprimés



118000 001534

6 118000 081524

أملو

5 ملغ
عن طريق الفم

عن طريق الفم

28 x 

قرصا

مدة صلاة زوال مساء



COOPER
PHARMA

Tableau A - Liste I

Lot G01F9L22
Exp. 02/2024
Fab. 03/2022

0191_D

Adancor® 10 mg
30 comprimés sécables

6

FB0_48,5x20,5x
134,5 mm_
FA099_Lamp