

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- 0016026

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1581 Société : 157416
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LIDARY MOSTAFA
 Date de naissance : 10/08/1973
 Adresse : 5 Rue ABDELHAK EL KADMIRI
 C.A.P.A.
 Tél. : 0661321258 Total des frais engagés : 741,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2023
 Nom et prénom du malade : LIDARY MOSTAFA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée + chronique
 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 : Casablanca Le : / /

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
13/02/23		5	1590	Dr R. GHATI P.M. N° 041094541

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Sport Dr. Kadiri hassani fatima 63, Rue Mahmoud Mohamed Casablanca - Tél : 05 22 36 05 7 INPE : 092019835	13/02/23	641,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

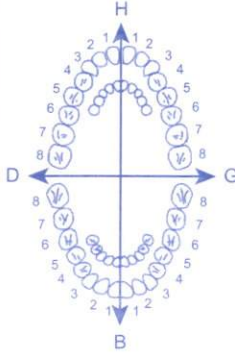
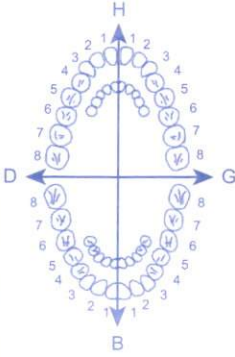
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	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



وصفة

ORDONNANCE



$SpO_2 = 97\%$

le 13 02 23

40,00

LIDARY

MOSTAFA

1) Effipred 20mg

3cp le matin a jeun

(79 + 0 x 2)

2) Zithromax 500mg

4cp / 5

65

Pharmacie du Complexe Sport
Dr. Kadiri hassani fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca - Tél : 05 22 36 05

3) Clénil forte 250mg

86,50

2 bouffées matin

so seincer la bouche apres
chiusadri

45,30

4) Ventoline spray

2 bouffées x 4 / 5

DR R. GHIATI
généraliste
041094541

5) Aclisus cp

102,60

le soir

6) Romilash 10mg

210,00

1 cp le soir a distance du repas

84,80

IMPRIMEPEL
04/17

LAPROPHAN
EFFIPRED 20 MG
PPV 40DH00
EXP 04/2025
LOT 1D018 5

إفيريدي®

پريدنيزولون

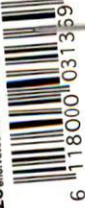
20 ملغم



قرص
فايبرا

لابرووفان

EFFIPRED®
20 mg
20 Comprimés
effervescent



لابرووفان
LAPROPHAN

مختبر الصيدلانيات
الصيدلانية لشمال إفريقيا
21 - ريفك الأورانية
الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU
 Boulevard ZIRAOU 20000 CASABLANCA
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 763140		N° SEJOUR : 230006971		FACTURE N° 2302002198		DATE D'ENTREE : 13/02/2023		DATE DE SORTIE : 13/02/2023			
ASSURE :				DESTINATAIRE : LIDARY, Mostafa							
MALADE : LIDARY, Mostafa											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 15914 DR GHIATI RACHIDA PNEUMOLOGUE		TOTAUX :		150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 13/02/2023		EDITEE LE : 13/02/2023		PAR: SIBAI		ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA						N° DE POLICE : DATE AT :				
						Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOU				
						BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA				
						N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54				



10 ملغ
روميلاست[®]
مونتيلوكاست

ROMILAST[®] 10mg
30 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118001 300372

PPV : 210DH00

Composition:

Montelukast sodique

Equivalent en Montelukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver dans l'emballage d'origine,

à l'abri de la lumière et de l'humidité.



التركيبية :
مونتيلوكاست الصودي.
ما يعادل من مونتيلوكاست 10 ملغ.
الأسوغة كمية كافية لكل قرص.
سواغ ذو آثار معروفة: لكتوز.
الإرشادات العلاجية: موانع الاستعمال، الجرعة
 واحتياطات الاستعمال : إقرأ النشرة بالداخل.
 يحتفظ به بعيدا عن مراءى ومتناول الأطفال.
 يحتفظ في غلافه الخارجي الأصلي.
 بعيدا عن الضوء والرطوبة.

B.No.: BRC02020A
Exp. JAN. 2024



GTIN. 1890415963020E
SR.No. CA0015127AMEU

10 ملغ
روميلاست[®]
مونتيلوكاست

Importé par: Sun Pharmaceuticals Morocco LLC
219, Bd Zerktoni, Angle Bd Roudani, 5ème étage.
CP 20330 El Maârif, Casablanca Maroc.
Médicament Autorisé N°: 561/19 DMP/21/NRQd

مستورد من طرف
مسان الدوائية المغربية ل ل س
219. شارع الزركطوني، متنى شارع الروداني، الطابق
5، 20330 المعاريف، الدار البيضاء، المغرب.



4/6

Romilast[®] 10 mg
MONTÉLUKAST
روميلاست[®] 10 ملغ
مونتيلوكاست

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT: 103
PER: MAI 2024
PPV: 102 DH 60

CLENIL[®] FORTE

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses

 chiesi

86/50



عام :
يجب عزل جميع مكونات الرشاش
قبل غسل الدافع بالماء الدافئ.

Lire attentivement la notice avant utilisation
Conserver à température inférieure à 25 °C.
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.
Récipient sous pression : ne pas exposer à une chaleur excessive.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Votre aérosol doit être nettoyé au moins une fois par semaine
اقرأ النشرة المرفقة قبل الإستعمال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.
لا تثقب و لا ترمى في النار حتى ولو كانت فارغة.
قنبلة تحت الضغط : لا تعرض لحرارة مفرطة.
يحفظ بعيدا عن مرآى و متناول الأطفال.
يجب تنظيف الرشاش مرة واحدة في الأسبوع على الأقل.

Important :
Séparer les différents constituants de
l'aérosol et rincer soigneusement
l'apPLICATEUR à l'eau tiède.

CS0031.0615

Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
200 DOSES

Lot
EXP
PPV

4 E 9 P
05 2024
45,30 DH

0205101

FORMULE :
Azithromycine (sous forme de dihydrate)..... 500 mg
Excipient q.s.p..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

* Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

RESPECTER
LES DOSES PRESCRITES

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين

3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° : 1 2 4 7 5 7 5

79180

7 9 7 0

09366030/4

COPIE

FORMULE :
Azithromycine (sous forme de dihydrate)..... 500 mg
Excipient q.s.p..... 1 comprimé

Fabriqué par Laboratoires Pfizer S.A. MAROC
avec l'autorisation de Pfizer Inc, New York, U.S.A.

* Marque déposée de Pfizer Inc

N° ADSP : 751/DMP/21

RESPECTER
LES DOSES PRESCRITES

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين

3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



UT.AV. :

P.P.V.

LOT N° : 1 2 4 7 5 7 5

79180

7 9 7 0

09366030/4