

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0044513

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13301 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAADIL Mustapha

Date de naissance : 28/02/1989

Adresse : Rés. Tadmor EL OUFIA, Casablanca

Tél : 06 70 27 86 43 Total des frais engagés : 578,70 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 : Affut. ont

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 : 08/05/2023

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
11/04/2023	C2	2	200	Dr Asmaa DEBBECH Omnipraticienne Dentiste addictologue Rd Yacoub El Mansour Tél: 05 22 89 83 34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMED 100 N°1 - El Oulid Imin 77 N°1 - El Oulid Tél: 05 22 89 83 34 - Casablanca	11/04/23	328.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

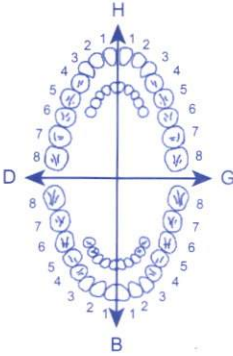
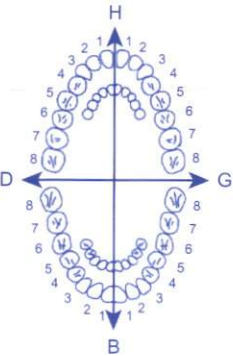
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT 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

المستعجلات : 0660 54 54 23

Mr Mustyha SA DIR

PHARMACIE AHMED RAYAN
Dr. ALI Nouredine
Résidence: Essalam «douha» GH 9
Téléphone: 83 34 - Casablanca

53.10
⑧ Daktarin gel bucal

$300 \times 4 / 1$

Asmaa DEBBAGH
Omnipraticienne
Ugèhène audiologiste
235 Bd. Yacoub El Mansour
Ménage Tel. 05 22 35 33

① Bétsidine D
25.00
1 m x 2/1

GS 65

② Dolone 1g
1h.60
1 cm x 2/1

SV 25

378.70

Dr Asmaa DEBBAGH
Omnipraticienne
Urgentiste addictologue
235 Bd Yacoub El Mansour
Casablanca Tél : 05 22 36 95 30

Dr. AHMED RAYAN
N° 77 N° 1 - El Oulla
Casablanca Tél : 05 22 39 83 34 - Casablanca

Daktarin®
miconazole

Nouveau dispositif de mesure

2% gel buccal

Appliquer sur la zone à traiter avec un doigt propre : ne pas administrer directement dans la bouche avec le dispositif de mesure

Voie buccale
Pour application locale

 Tube de 40 g avec dispositif de mesure

janssen 

Composition pour 100 g : miconazole 2 g, amidon prégélatinisé, saccharine sodique, polysorbate 20, eau purifiée, arôme orange, arôme cacao blanc, éthanol à 96 %, glycérol.
Excipient à effet notoire : éthanol (alcool).
Voir la notice pour plus d'informations.

Tube de 40 g avec dispositif de mesure.
1,25 mL de gel contient 31,25 mg de miconazole.
2,5 mL de gel contient 62,5 mg de miconazole.

Lire la notice avant utilisation.

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

16181 A
E

Daktarin®

maphar

Bd Akema, N° 6, Qd, Sud Bernoulli,

CAEN (14000) France

DAKTARIN 2% GEL BUC 140G

P.P.V. : 530H00

6 118001 180745

Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

DAKTARIN + GROSSESSE = DANGER



JANSSEN-CILAG
© J-C-2018
1, rue Camille Desmoulins - TSA 91003
92787 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9 - FRANCE

Daktarin®
miconazole

2% gel buccal

Appliquer sur la zone à traiter avec un doigt propre : ne pas administrer directement dans la bouche avec le dispositif de mesure

Voie buccale
Pour application locale

 Tube de 40 g avec dispositif de mesure

janssen 

MAF
748619
607

_____ millilitre (mL)
_____ fois/jour pendant
_____ jours

2% gel buccal

Daktarin®
miconazole

LOT: MIBTH00
Date de fab: 09-2022
EXP: 08-2025

LOT:
Date
de fab:
EXP:

7

8 comprimés
effervescent
sécables

Adulte

Doliprane®
PARACETAMOL
1000 mg

Doliprane®

PARACETAMOL

1000 mg

8 comprimés effervescent
sécables

DOULEURS ET FIEVRE

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
8 comprimés effervescent
sécables



6 118000 040361

Conserver le tube bien fermé
à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

NE LAISSER NI À LA PORTEE,
NI À LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 41/19DMP/21/NRQDNM

bottu s.r.l.
42, Allée des Casuarines - Abi Salda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Adulte
à partir de
15 ans



Adulte
à partir de
15 ans

06.19
100028

دوليبران

1000 ملغ

باراسيتامول

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى

Composition :

Paracétamol 1000 mg

Excipients qsp pour 1 comprimé effervescent.

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.
Boire immédiatement après.

Indications : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états
grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans.

Posologie : 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire,
jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures
entre 2 prises.

Attention : Ne pas prendre 2 comprimés à la fois
et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour



الكبار
ابتداءاً من
15 سنة



Adulte
à partir de
15 ans

14,60

P.P.V. 140H60
P.P.V. 11725
LOT L3784

31x31x75

ICEMCO

AZ
Azithromycine
500 mg
Boîte de 3 comprimés

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ

أزريد



الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المفادير وكيفية الاستعمال: اقرأ البيان داخله
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يحفظ بعيدا عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité
لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احرصوا الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

AZ

Azithromycine

500 mg

Boîte de 3 comprimés
Voie Orale



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg

Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH

6 18000 190097

45x20x100

4

E AZ B B 2 V FA 02

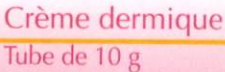
(2)

Indications, Posologies & Précautions d'emploi :
Indre : Alcool cétylaire, propylène glycol
 Indication : traitement des troubles de la motilité
 Indre : Alcool cétylaire, propylène glycol
 Indication : traitement des troubles de la motilité
 Indre : Alcool cétylaire, propylène glycol
 Indication : traitement des troubles de la motilité

composition par 100g
Aciclovir (DCl) 58
Excipient : 25

Aciclovir

LOT:224709
EXP:10/25
PPV:59DH10



AFRIC-PHAN

Fabrique par les Laboratoires AFRIC-PHAR
sous licence des Laboratoires MEDINFAR
Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630 (سابقا 111)
Mohammedia, Maroc المغرب

Medicament autorisé N° : 832976 DMBP/21/MSPO

Respecter les zones prescrites
المساحات المحددة

صنع من طرف مختبرات الفريك - فاف
بترخيص من مختبرات ميديفانفار
الممثلة الصناعية عين حرونة غرب
الطريق الجهوي رقم 322، (الطريق)
كلم 12.400 عين حرونة 28630

Crème dermique
Tube de 10 g



6118000070320

5001498

Aciclovir

Crème dermique
Tube de 10 g

سیکلو فیرال^م 5%

أسبكلو لیر

مرهم جلدي

أنبوب من فئة 10 غ



LOT N° :
EXP :
PPV :

11/18

٤٥
٤٠٠