

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-805431

164899

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **OULADA M HAMED**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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) :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-805431

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

[illegible][illegible][illegible]

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

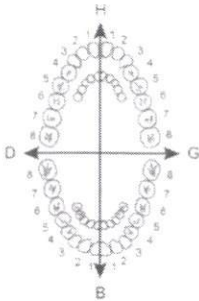
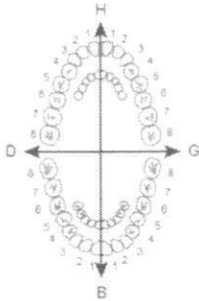
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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															
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <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> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>{Création, remont, adjonction}</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES											
<p>La praticien est prie de présenter la dent traitée, facile pratique et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture.</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	00000000	00000000									
35533411	11433553										
(Création, Remont, adjonction)											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession											
			Date du devis								
			Fin de								
<p>VOLET ADHERENT NOM: <u>OULADA M'HAMED</u> Mle <u>191</u></p> <p>DECLARATION N° <u>W16-055916</u></p> <p>Date de Dépôt <u>02/05/2023</u> Montant engagé <u>1770,30 DH</u> Nbre de pièces Jointes</p> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>											

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916	DATE DE DEPOT/...../201...
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	<p><i>Payement</i></p>
Nom & Prénom <u>OULADA M'HAMED</u>			
Fonction <u>Retraité</u>	Phones <u>0537205147</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>M'HAMED</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>11.5.2023</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>HTA - DIABETE Prostate</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CPM</u>		<u>200 gh</u>	
PHARMACIE	Date <u>11.05.23</u>		
Montant de la facture	<u>1520,30</u>		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

PH SAWMAAT HASSAN

MR TAIEB BOUZIRI

1 RUE RIAD HASSAN

RABAT

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

MR OULADA MHAMED

Le : 11/05/2023

FACTURE N°: 6474

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
5	CARDURA 2MG /30 COMPS	58,50	7	292,50
3	CARTEOL 2% LP COLLYRE	68,80	7	206,40
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	NOCICEPTOL GEL	198,00	7	198,00

TVA 7%: 70.44

Total : 1 570,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CINQ CENT SOIXANTE DIX DIRHAMS ET TRENTÉ CTS

صيدلية صوماط حسن
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél : 0537720250

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الالكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Oulada Hamed

11.5.2023

2820

4420

Diammon 60

19/8 pl 3 vers

11380x3

34050

Hyperium 100

1/8 pl 3 vers

3060x3

Isidex 25

19/8 pl 3 vers

1530

5730x34

LD NOR 10 mg

19/8 pl 3 vers

173,40

2820x3

Cardio aspirin 100

19/8 pl 3 vers

3310

1080x5

Cardura 2mg

19/8

292,50

1980

No cceptol

en application

6880x3

206,40

Carteol LP. 2%

collyre

1520,30

1 gl de Cardura

non sty

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIR
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél. : 05.37.73.11.07

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40 Zankat Abdelmoumen
05.37.73.11.07

Respecter les doses prescrites

احترموا المقادير المعينة



Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O

Boite de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



SERVIER

Les Laboratoires Servier

مختبرات سرفييه فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex - France

Fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran - 45520 Gidy

Titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEVACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmou - Casablanca

Respecter les doses prescrites

احترموا المقادير المعينة



Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O

Boite de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



SERVIER

Les Laboratoires Servier

مختبرات سرفييه فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex - France

fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran - 45520 Gidy

Titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEVACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmou - Casablanca

Respecter les doses prescrites

احترموا المقادير المعينة



Liste I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O

Boite de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



SERVIER

Les Laboratoires Servier

مختبرات سرفييه فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex - France

fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran - 45520 Gidy

Titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEVACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmou - Casablanca

إيزيدريكس 25^م ملغ
هيدروكلوروثيازيد

Esidrex® 25 mg ○

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables



AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

20 قرصا قابلا
لللكسر
عن طريق الفم

PPV :
Exp :
N° Lot :

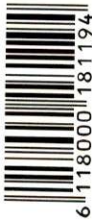
30,60

إيزيدر 25^م ملغ
هيدروكلوروثيازيد

Esidrex® 25 mg ○

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables



AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

20 قرصا قابلا

لللكسر

عن طريق الفم

PPV :

30,60

Exp :

N° Lot :



إيزيدريكس 25^م ملغ
هيدروكلوروثيازيد

Esidrex® 25 mg ○

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables



AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

20 قرصا قابلا
لللكسر
عن طريق الفم

PPV :
Exp :
N° Lot :

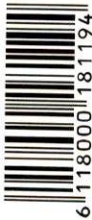
30,60

إيزيدر 25^م ملغ
هيدروكلوروثيازيد

Esidrex® 25 mg ○

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables



AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

20 قرصا قابلا
للکسر
عن طريق الفم

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

إيزيدريكس 25^م ملغ
هيدروكلوروثيازيد

Esidrex® 25 mg ○

Hydrochlorothiazide

20 comprimés sécables



AMM N° 90/18 DMP/21/NRQ

20 قرصا قابلا
لللكسر
عن طريق الفم

PPV :
Exp :
N° Lot :

30,60

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

حالات الامتثال، المقادير، التحذير

أقرأ هذه النشرة بانتباه قبل الاستعمال.
لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.
لا تحتفظ به أكثر من 28 يوما بعد فتح العبوة.
يحفظ في درجة حرارة لا تتلقف 25°C.

Carteol® est une marque déposée d'Otsuka Pharmaceutical Co. Ltd utilisée sous licence par Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.



Soyez prudent
Ne pas conduire sans
avoir lu la notice

Cartéol® L.P. 2%
كارتيول® ت.م 2%

NE PAS AVALER
لا يبتلع

NE PAS INJECTER / لا يحقن
LISTE I / قائمة

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270040

PPV : 68.80 DHS

☐ LOT/عیار

K9025

FAB/ ٢٠٠٠/١٠/١٠

EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2024

[illegible]

COMPOSITION: chlorhydrate de benzalkonium, 2 g
E 400), phosphate monodisque dihydrate (E 339), phosphate
isodisque d'acide chlorhydrique (E 339), chlorure de sodium, hydroxyde
le sodium (qs pH), eau purifiée qsp 100 ml
excipient à effet notoire: chlorure de benzalkonium

BAUSCH+LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

Chlorhydrate de cartéolol / كلوريات الكارتيلول / Collyre à libération prolongée 2 g/100 ml / قطرات العين للتحريك الممدد 2/100 مل

Carteol® L.P. 2% كارتيول 2% ب.ت.م.

Carteol® L.P. 2%  2% ٢٪ كارتیول

Carteol® L.P. 2%  2% كارتیول

LOT : 230051
EXP : 01/2026
PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

١٠ اللا-زور أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

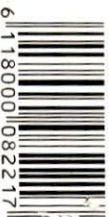
30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



6 118000 082217

مدة صلاحية
تاريخ انتهاء
تاريخ الصلاحية

LOT : 230051

EXP : 01/2026

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

٥
اللا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

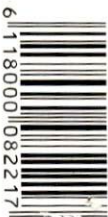
30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés



COOPER
PHARMA



6 118000 082217

مدة صلاحية
تاريخ زوال
مساء



® **کاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 4 6 5 8 V 3

58,50

58 50

UT.AV: 0 4 2 7

P.P.V:

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 4 6 5 8 V 3

58,50

58 50

UT.AV: 0 4 2 7

P.P.V:

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 4 6 5 8 V 3

58,50

58 50

UT.AV: 0 4 2 7

P.P.V:

09366003/5



® **كاردورا**
2mg دوکسازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 4 6 5 8 V 3

58,50

58 50

UT.AV: 0 4 2 7

P.P.V:

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 E 4 6 5 8 V 3

58,50

58 50

UT.AV: 0 4 2 7

P.P.V:

09366003/5