

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° W21-728629

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 191 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OULADA M. HAMED
Date de naissance : 1931
Adresse : 25 Rue Al Madinat, N° 12 Hassan RL
Tél. : 0537905147 Total des frais engagés : 1735,40 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
DOCTEUR S. OHAYON-AMERAT
40, Zankat Abdelmoumen
Tél. : 73-11-07 - RABAT
Date de consultation : 7/9/2023
Nom et prénom du malade : OULADA M. HAMED Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Troubles Métaboliques
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 : 7/9/2023
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-728629

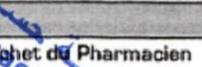
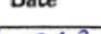
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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										
7.9.2023	Consultation	1	200.00	INF : <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT Medecin										

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/22	1535,40
		

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

[illegible]

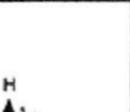
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 101002871	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
						MONTANTS DES SOINS
						DEBUT D'EXECUTION
						FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>		<input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
	<input type="text"/>				
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH SAWMAAT HASSAN
MR TAIEB BOUZIRI
1 RUE RIAD HASSAN
RABAT

MR OULADA MHAMED

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

Le : 08/09/2023

FACTURE N°: 6553

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	ANGINIB 50MG /28 CP	77,20	7	231,60
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
2	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		227,00
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	NOCICEPTOL GEL	198,00	7	198,00

TVA 7%: 85.60

Total : 1 535,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CINQ CENT TRENTE CINQ DIRHAMS ET QUARANTE CTS

صيدلية
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

Docteur S. QHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

الدكتورة صلونج جيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الالكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Oulada M'hamed

Le 7.9.2023

448

788 Diamicon 60

19/5

pl' 3mo

1138 x2

Hyperium 1mg

19/5

pl' 3mo

2288

Isidrex 25mg 19/5 pl' 3mo

5788 x3

LDNOR 10mg

19/5

pl' 3mo

183,40

2788 x3

Cardio aspirine 100

19/5

pl' 3mo

838

1988 x5

Cardura 2mg

19/5

pl' 3mo

2928

1988

Noiceptol

per application / 1h / 3mo

688 x3

206,40

Carteol LP 2%

1 gl / 6 mois

pl' 3mo

7728 x3

291,60

ANGINIB 50mg

19/5

1935,40

صيدلية صومالية حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

DOCTEUR S. QHAYON-AFERIAT

40 Zankat Abdelmoumen

Tél : 73.11.07 - RABAT

كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



كارديو أسبرين 100 مع

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة

ofinh

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/ رقم القعدة

FAB/ مصنع الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

6118001270040

6118001270040

PPV : 68.80 DHS

H9475
04 - 2023
03 - 2025



66670

Gliclazide
30 Comprimés séca

RESPECTER LES
RÈGLES D'USAGE

Liste I - UNIOUEMEF
كود حبي وصفة طبية

Les Laboratoires S
SERVIER MAR
Imm. ZEVA CO, lot
Route d'Azemmoul
Maroc

SERVIER MAR
30 comprimés
DIAMICRO



6118001270040

242600060-02

02-08-14
5-02-10
atist

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترموا المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة I: لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



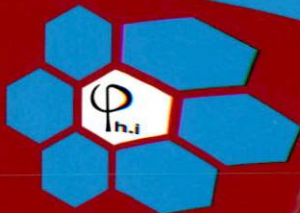
6 118001 130153

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT: 302
PER: DEC 2025
PPV: 77 DH 20



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

AMM N° 40/13 DMP/21/NCI

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONSERVATION

A conserver à une température $\leq 30^{\circ}\text{C}$
Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال والمقادير
التزموا بوصفة طبيكم التزاما دقيقا

المحافظة
يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة
30° مئوية.
تقل أو تساوي
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.

F201028/04

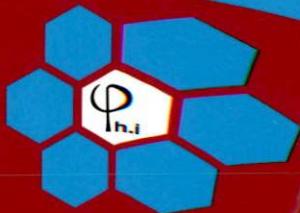
Litho Typo

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT: 302
PER: DEC 2025
PPV: 77 DH 20



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

AMM N° 40/13 DMP/21/NCI

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONSERVATION

A conserver à une température $\leq 30^{\circ}\text{C}$
Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال والمقادير
التزموا بوصفة طبيكم التزاما دقيقا

المحافظة
يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة
30° مئوية.
تقل أو تساوي
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.

F201028/04

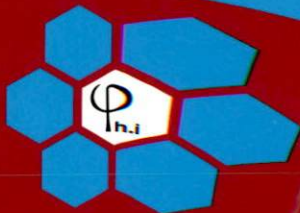
Litho Typo

ANGINIB[®] 50mg

Losartan

28 Comprimés pelliculés

LOT: 302
PER: DEC 2025
PPV: 77 DH 20



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

AMM N° 40/13 DMP/21/NCI

INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

CONSERVATION

A conserver à une température $\leq 30^{\circ}\text{C}$
Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال والمقادير
التزموا بوصفة طبيكم التزاما دقيقا

المحافظة
يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة
30° مئوية.
تقل أو تساوي
لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.

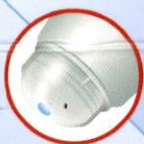
F201028/04

Litho Typo

NOCICEPTOL

**CONTRE
LES DOULEURS**

**Musculaires
Articulaires
Post-traumatiques**



**AVEC EMBOUT
APPLICATEUR**

**GEL
ANTI - DOULEUR**

PLUS

**RAPIDE
EFFICACE**

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ*

*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT

PVC: 198.00DH



C237
2025-09

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV.: 2021/11/D

sur ordonnance

قائمة 1 : لا يصرف إلا



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



HYPERIUM® 1mg

30 comprimés

30 قرصا



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



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



کاردورا[®]
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA[®] 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 E 4 4 9 0 V 3

UT.AV: 0 4 2 7

5 8 3 0

P.P.V:

09366003/5



کاردورا[®]
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA[®] 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 E 4 4 9 0 V 3

UT.AV: 0 4 2 7

5 8 3 0

P.P.V:

09366003/5



کاردورا[®]
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA[®] 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 E 4 4 9 0 V 3

UT.AV: 0 4 2 7

5 8 3 0

P.P.V:

09366003/5



کاردورا[®]
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA[®] 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 E 4 4 9 0 V 3

UT.AV: 0 4 2 7

5 8 3 0

P.P.V:

09366003/5



کاردورا[®]
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA[®] 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N°: 0 E 4 4 9 0 V 3

UT.AV: 0 4 2 7

5 8 3 0

P.P.V:

09366003/5

LOT : 230730

EXP : 05/2026

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

أورفاستاتين

مدة ١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة

LOT : 230730

EXP : 05/2026

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

١٥
أنورفاستاتين

مدة ١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة

LOT : 230730

EXP : 05/2026

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

أورفاستاتين

مدة ١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة
١٢ ساعة