

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

M23- N° 0031842

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10483 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZEGLAT MOHHTAR
Date de naissance : 01/07/1953
Adresse : Nazzola - Rue 2 n° 10 Résidence
Hakouia otouf 2 n° 34 - H-H Casa
Tél. : 0661803336 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 :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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

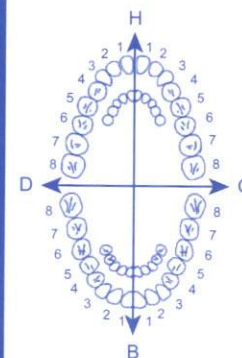
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

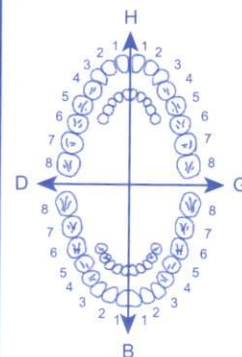
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | | | |
|-------|--|-----|--|
| C | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| CS | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| CNPSY | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute |
| V | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| VN | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| VD | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| VD | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z | = Electro - Radiologie |
| PC | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| K | = Actes de chirurgie et de spécialistes | | |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- | | |
|---|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL | - L'ORTHOPEDIE |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM | - LA REEDUCATION |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS | - LES ACCOUCHEMENTS |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit | - LES CURES THERMALES |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes | - LA CIRCONCISION |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE |
| - dans le temps. | |

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1606778

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : ZEGLAT MOKHTAR
Matricule : 10483 Fonction : Retraité Poste :
Adresse : HAZOLA Rue 2 n°10 - Résidence Hassani
Tél. : 0661303336 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Me Naimi Achida Age 16 | 08 | 62
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Appelation 02L
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A [Signature] le 28 / 11 / 2023 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT


DECLARATION
Matricule N° : 10483 1606778
Nom du patient : Naimi Rachida
Date de dépôt : 20/12/2023
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



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
28/11/23	9		250,2	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.11.23	484,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	P C	IM	IV	

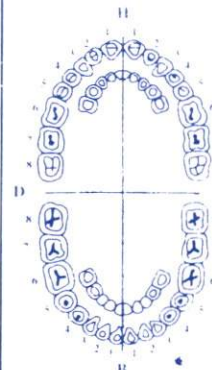
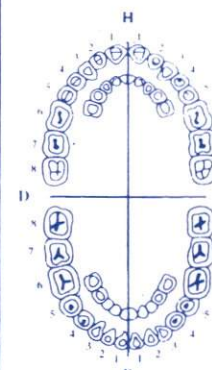
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANT 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 00000000</td> <td>G 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 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT 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

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

الدكتور أحمد جابري

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le 28 / 11 / 2023 : الدار البيضاء، في

M. Mimi Rachida

49,40

AZID 450

14

88,10

2).

ESAC 20mg

1 gel 1

88,00 x 2

3).

Antec 4

24,40 x 6

leno thyra 1000

leson.

2mg

6mg

76, شارع سيدي عبد الرحمان - درب الحاية، الطابق الأول (أمام مصحة ياسمين) الحي الحسني الدار البيضاء
76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Hayria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani
Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email : ahmedjabri@gmail.com - INP : 091079491

عن طريق الفم



10 ملغ

30 قرصا قابلا للكسر

بوتي

82، عمر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
ب. البشوشي - سيدي ممول

b

كورتيك®
سيتيريزين

Curtec® 10 mg

Cétirizine

30 comprimés sécables



6 118000 041870

Curtec® 10 mg
Cétirizine

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Curtec®
Cétirizine
10 mg

30 comprimés sécables

Voie orale



b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebsa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Curtec® 10 mg
Cétirizine

Cétirizine dichlorhydrate (DCI) 10 mg par comprimé
Selon prescription médicale
Précautions d'emploi : lire attentivement la notice
AMM N° 53/17 DMP/21/NNP

18x45x97

PEV: 88DH00
PER: 07/26
LOT: M2

09.17
100282



PFV:88DH00
PER:11/25
LOT:L3217

Curtec®
Cétirizine
10 mg

Voie orale



● 30 comprimés sécables

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Curtec® 10 mg
Cétirizine



09.17
100282

Cétirizine dichlorhydrate (DCI) 10 mg par comprimé
Selon prescription médicale
Précautions d'emploi : lire attentivement la notice
AMM N° 53/17 DMP/21/NNP

5

عن طريق الفم



كورتيك®
سيتيريزين

ملغ 10

● 30 قرصا قابلا للكسر

Curtec® 10 mg
Cétirizine
30 comprimés sécables



6 118000 041870

بوتي
82، معز الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

b

Curtec® 10 mg
Cétirizine

احترموا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

18x45x97

٢٤

اقرأ النشرة قبل الإستعمال
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكرو غرام
سواغات : ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف : لكتوز

7801391057

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

12/2025
601U86
01/2023

EXP:
Lot:
Fab:



6 118001 102020



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

٢٤

اقرأ النشرة قبل الإستعمال
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكروغرام
سواغات: ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف: لاكلوز

7801391057

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

12/2025
601U86
01/2023



6 118001 102020



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

٢٥

اقرأ النشرة قبل الإستعمال
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكروغرام
سواغات : ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف : لاكثوز

7801391057

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

12/2025
601U86
01/2023



6 118001 102020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

EXP:
Lot:
Fab:

٢٤

اقرأ النشرة قبل الإستعمال
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكروغرام
سواغات: ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف: لاكلونز

7801391057

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

12/2025
601U86
01/2023

EXP:
Lot:
Fab:



6 118001 102020



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

٢٤

اقرأ النشرة قبل الإستعمال
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكرو غرام
سواغات : ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف : لكتوز

7801391057

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance

12/2025
601U86
01/2023

EXP:
Lot:
Fab:



6 118001 102020



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

—

9

3

[illegible]

உள்ளே நான்
புகுபேன்



3 Comprimés sécables

AZIX[®] 500 mg

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Adulte : lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

18X45X97

05.11
100008

Azix®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

3 Comprimés sécables

bottu S.A.

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AZIX[®]
500 mg
Azithromycine



790H70
66/26
M2218
PREF
PAGE



Composition :

Esoméprazole 20,00 mg
Sous forme d'ésoméprazole magnésium trihydraté.
Excipients (dont saccharose) : q.s.p 1 gélule
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Conserver à une température inférieure à 30°C.

ESAC[®] 20 mg

ésoméprazole

14 gélules

Microgranules
gastro-résistants

Voie orale



التركيبية:

إزوميرازول 20.00 ملغ
السواغات بما فيها ساكاروز بما يكفي برشامة واحدة
يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال
المرجو قراءة النشرة قبل الإستعمال
يحفظ به في درجة حرارة لا تتعدى 30° مئوية

2CS0886 V01

48, 12

12/2010
PFR 12/24
PPV 52DH10



Fabriqué par : PROMOPHARM S.A
Z.I. du sahel, Had Soualem - Maroc

انتاج : بروموفارم ش.م
المنطقة الصناعية للساحل، حد السوالم - المغرب

60



عن طريق الفم

الفم

عنتي

14 برشامة

صامدة للعصارة المعبدة

إزوميرازول

20 ملغ

ESAC[®]
esoméprazole
20 mg

Ne pas dépasser la dose prescrite

احترم الجرعات المحددة
Uniquement sur ordonnance
Liste II (Tableau C)