

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

- 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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-776523

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-776523

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 :

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
25/12/2017	CA		250	INF : 0410 36 50 7 BIGA Médecin 23

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/2023	3476,00 d.d.

[illegible][illegible]

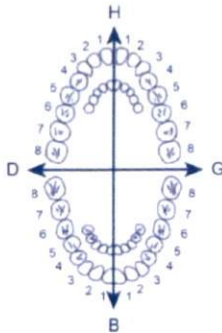
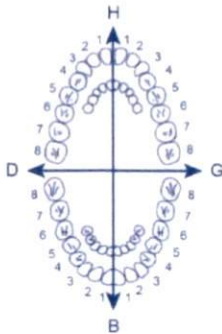
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est libre 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	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="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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"/>

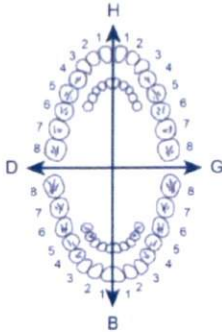
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez 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	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>									
				MONTANTS DES SOINS	<div></div>									
				DEBUT D'EXECUTION	<div></div>									
				FIN D'EXECUTION	<div></div>									

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste
Diabète sucré - Cholestérol
Goutte - Obésité
Stérilité - Retard de Croissance
Goitre

الدكتور محمد بيگا

Docteur Mohamed BIGA

إختصاصي
مرض السكر - الكولسترول - السمينة
العقم - قصر القامة
أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

P =
TA =
Glycemie =

Agadir, le : 27. 12. 23

Mme Belgid Zaïne

243.00

1) - Tresiba inmlh
20 u à 21 h

168.00 x 3

2) - crestor 10 mg
1 j

12.00

3) - Ipradrax 500 mg
1 - 1 - 1 j

125.00

4) - Biotic plus 1g
1 x 21 j

255.00

5) - Aiguilles pour stylos

280.00 x 3

6) - bandelette one touch
ultra

3426.00

صيدلية الفتاح
Pharmacie EL FATH
N°49, Bd. Mohammed VI, Cas. Dakhla
Agadir - Tél: 05 28 23 95 95
Fax: 042023549

د. محمد بيگا
Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
Tél: 05 28 84 41 23

الدكتور محمد بيگا

Docteur Mohamed BIGA

Spécialiste

Diabète sucré - Cholestérol

Goutte - Obésité

Stérilité - Retard de Croissance

Goitre

إختصاصي

مرض السكر - الكولسترول - السممنة

العقم - فصر القامة

أمراض الغدد (غدة الدرقية - النخامية)

NOTE D'HONORAIRE

Agadir, le 27.12.23

Perçu de M. Beljel zaina

pour Honoraire de consultation

le 27.12.23

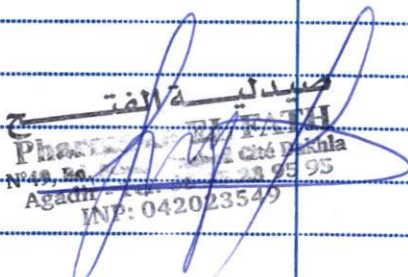
La somme de 250 dhs

Signature
Dr. Mohamed BIGA
Diabetologue Endocrinologue
Tél: 05 28 84 41 23

№ 12/24

Le 22/12/24

Mr: me Belgand Zaina

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
03	One Trench ultra" boîtes de 100 lampettes	780.00	2340.00
			2340.00
	Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille Trois cent Quarante din.		
	 <p>صيدان Pharmacie EL FATAH N°44, Bd. 23 95 95 Agadir INP: 042023549</p>		
			2340.00

ONETOUCH Ultra®

Test Strips/Bandelettes de test

For blood glucose testing with the OneTouch Ultra®
Family of Meters

Pour les tests de glycémie avec la gamme de
lecteurs OneTouch Ultra®



Proven Accuracy
Précision éprouvée

100

Test Strips/Bandelettes de test

P.L.N.
780,92

ONETOUCH
Ultra®

Test Strips/Bandelettes de test



LOT5650772
EXP07/2024

open.
ripus.

De
Ne t



AW 06858806A

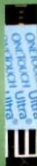
Lifescan®

ONETOUCH Ultra®

Test Strips/Bandelettes de test

For blood glucose testing with the OneTouch Ultra®
Family of Meters

Pour les tests de glycémie avec la gamme de
lecteurs OneTouch Ultra®



Proven Accuracy
Précision éprouvée

100

Test Strips/Bandelettes de test

P.P.N.
789 0028

ONETOUCH
Ultra®

Test Strips/Bandelettes de test



LOT 5690807

EXP 11/2024

Do Not
Ne P
...lued seals are broken.
...mpus.

Lifescan®

ONETOUCH[®] Ultra[®]

Test Strips/Bandelettes de test

For blood glucose testing with the OneTouch Ultra[®]
Family of Meters

Pour les tests de glycémie avec la gamme de
lecteurs OneTouch Ultra[®]



Proven Accuracy
Précision éprouvée

100

Test Strips/Bandelettes de test

P.P.N.
789 0028

ONETOUCH[®]
Ultra[®]

Test Strips/Bandelettes de test



LOT 5690807

EXP 11/2024

Do Not
Ne P

...lued seals are broken.

mpus.

Lifescan[®]



CRESTOR[®]
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pellic b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

AstraZeneca

AstraZeneca

CRESTOR[®]

10



CRESTOR[®]
rosuvastatine

10 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

AstraZeneca 

30 comprimés pelliculés



CRESTOR[®]
rosuvastatine

10 mg

forme de rosuvastatine calcique
Excipient : QSP un comprimé pour un comprimé
pelliculé.
Excipient à effet notoire: Lactose Monohydraté

تأثير معروف: لاکتوز أحادي الإماهة



**30 comprimés
pelliculés**

Voie orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp peli b30
P.P.V : 167,00 DH

6 118001 183111

AstraZeneca

لا تحتوي العلب على الإبر

يحفظ بعيداً عن رؤية ومتناول الأطفال

يرجى قراءة النشرة قبل الاستخدام

للاستخدام من قبل شخص واحد فقط

لا تسحب المحلول من القلم

يستخدم فقط إذا كان المحلول صافياً و عديم اللون

يخزن في الثلاجة (2°م - 8°م). يجب عدم تجميده.

بعد الفتح لأول مرة : يجب حفظه في درجة حرارة لا تتجاوز 30°.

يمكن الاحتفاظ به في الثلاجة (2°م - 8°م). يحفظ بعد أول فتح لمدة 8 أسابيع.

يحفظ الغطاء الواقي على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل الإستعمال.

يحتوي كل قلم حقن مسبق التعبئة على 300 وحدة من انسولين ديجلوندك في

3 مل من المحلول.

يحتوي 1 مل من المحلول على 100 وحدة من انسولين ديجلوندك (ما يعادل

3,66 ملغ)، غليسيرول، ميثاكريلزول، فينول، خلات الزنك، حمض

هيدروكلوريك وهيدروكسيد الصوديوم (لتعديل الرقم الهيدروجيني) وماء

للحقن.

© 2020

مستورد و موزع من طرف لابروفان

21 زقة الأوداية 20300 الدار البيضاء

نوفو نورديسك ش/م

نوفو ألي

دك-2880 باوسفيرد

الدممارك

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II

6 118001 121670



Testba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 style pré-rempli 3 ml
P.V. : 243,00 DHS

8-9560-73-270-1

Novo Nordisk A/S,
Novo Allé, DK-2880 Bagsværd,
Danemark

© 2020

Importé et distribué sous licence
par LAPROPHAN

21, Rue des Oudaya

20300 Casablanca

Novo Nordisk®



MP58482
06/2024
01/2022



MediGlobal®

Pour votre bien être

Paroi fine
Sans douleurs
Non toxique
Sans latex

Aiguilles pour stylo d'insuline
إبر قلم الأنسولين
Pen needles

Medi Fine®

4 mm

32GX100pcs

P. P. -
25.00
25.00



MediGlobal®

MAROC



CORÉE DU SUD



Fabriqué au Maroc par **MediGlobal®**



22 Lot Mauritania, ZI Ain Sebaa
Casablanca Maroc

Tél : 05 22 34 32 49 - Fax : 05 22 66 26 53

E-mail : mediglobal@mediglobal.ma

LOT : 08JAN224M
EXP : 01/2027
REF : MG32-4M100

500 ملغ

30 قرص بتحرير ممتد
عبر الفم



إبراديا LP

ميتفورمين هيدروكلوريد



11200

6 118000 023500



IPRADIA® LP 500 mg
Boîte de 30 comprimés à libération
prolongée

سوطيما
Sothema



التركيبة :

Composition :

Metformine chlorhydrate 500,00 mg

Excipients...q.s.p. 1 comprimé à libération prolongée

Posologie, mode d'administration et mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Voie orale.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

ميتفورمين هيدروكلوريد 500,00 ملغ

السواغات.....كمية كافية لقرص بتحرير ممتد

الكمية، طريقة الإستعمال و التحذيرات الخاصة :

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.

عبر الفم.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

ANTIBIOTIQUE

BIOTIC® PLUS

Amoxicilline + Acide clavulanique

1g/125 mg

Poudre pour suspension buvable

14

Sachets

ADULTE

GALENIC

Voie orale

مضاد حيوي

بيوتيك® بلوس
أموكسيسيلين - حامض كلافلانويك
علبة من 14 لفيفة
1 غ/125 ملغ

BIOTIC PLUS 1g/125 mg

Poudre pour suspension buvable en sachet

Boîte de 14 sachets - P.P.V. - 125,00 DH



6 118000 191025

Excipients : lactose, sels de sodium et de potassium.
Indications : Contre-infections . Posologie .
Mode d'emploi : lire notice intérieure

دار الجليل
Laboratoires GALENICA - Casablanca