

## 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° W21-776545

199690

☒ 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° W21-776545

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
27/02/2024			150	INP : 64462454

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/02/2024	1359,30 dhs

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* 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 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																	
	<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



Dr .BOUKKADI Abdelilah

Médecine Générale  
Diplômé de la faculté de Médecine  
et C.H.U. Ibn Sina Rabat

D.U. en Diabétologie  
Université Paris 13  
Médecine de Travail

Erhographie

Médecin agréée pour la visite médicale  
de permis de conduire  
- Médecin expert -

Imm. El Bassita, N° 6 Hay Salam - Agadir -  
Tél.: 05 28 22 96 43 GSM : 06 67 69 71 33

الدكتور بقاضي عبد الله

الطب العام

خريج كلية الطب

والمركز الإستشفائي ابن سينا بالرباط

دبلوم جامعي في علاج أمراض السكري

جامعة باريس 13

طب الشغل

الفحص بالصدى

طبيب معتمد للفحص الطبي

لرخصة السياقة

- خبير طبي -

عمارة البسيطة رقم 6 حي السلام «فوق عجلات النجاج»

الهاتف : 05.28.22.96.43 / 06.67.69.71.33

أكادير في 24/02/2024

Agadir, le :

Beljib Zaïme

① Thénia

22.00 x 20 a 20

② Detensil 10g

167.00 x 2 upli -

③ Cuscor 10g 12.4'

165.50 x 2 ④ Atacand 16mg upli

126.30 ⑤ Augmentin 4g 1 sach. 2li 6'

53.20 ⑥ Eozacyl 100

35.30 ⑦ Snfru 100 100-21

39.70 ⑧ Fexidine 120 100-21

280 ⑨ Ketum 100 100-21

bt de

03,

1mg,

1mg



Dr. BOUKKADI  
OMMIPRATILLEN & DIABET  
Imm. El Bassita N° 6 Hay Salam  
Agadir - Tél. 05 28 22 96 43

35,30

فابو سيدين 2%  
كاريم  
أنبوب من 5 غ

35,30

53,20

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair benou al ouam rochas  
noires casablanca  
ATACAND

16 mg Cpr séc  
Bte de 30

140/16 DMP 21/190 P.P.V: 165,50 DH  
6 118001 020546

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN** 1g /125 mg  
sache

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ...يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH  
LOT: 651844  
PER: 03/25



Respecter les doses prescrites  
يُحظر تناول الدواء بغير الجرعة المحددة

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



**DÉTENSIEL® + GROSSESSE = DANGER**

**ديتاسيال + الحمل = خطر**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

- لا يستعمل لدى:
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



**DÉTENSIEL® + GROSSESSE = DANGER**

**ديتاسيال + الحمل = خطر**

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace,
- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative

- لا يستعمل لدى:
- المراهقات أو النساء في سن الإنجاب دون وسائل منع الحمل الفعالة.
- المرأة الحامل، إلا في حالة عدم وجود بديل علاجي.

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

للأطفال

استخدام

من قبل شخص واحد فقط

سحب 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 الواقى على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل الإستعمال.

يحتوي كل قلم حقن مسبق التعبئة على 300 وحدة من انسولين ديجلودك في 3 مل من المحلول.

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

3,66 ملغ)، غليسيرول، ميتاكريلات، فينول، خلاص الزنك، حمض

هيدروكلوريك وهيدروكسيد الصوديوم (لتعديل الرقم الهيدروجيني) وماء للحقن.

© 2020

مستورد و موزع من طرف لابروفان

21 زنقة الأوداية 20300 الدار البيضاء

نوفو نورديسك ش/م

نوفو الي

دك-2880 باوسفيرد

الدنمارك

Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II

6 118001 121670



Tresiba® FlexTouch®  
100 unités/ml  
Solution injectable  
1 stylo pré-rempli 3 ml  
PPV : 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®



01/2022  
06/2024  
MP58482

Fab./Pér./Lot: المصنعة/المعدة/المنتج

# KETUM 2,5% gel

Kétoprofène  
Tube de 60 g

60 g de gel à 2,5% application locale



MENARINI INTERNATIONAL

LOT : 0005  
PER : MAR 2026  
PPV : 52 DH 80

## KETUM 2,5% gel

Kétoprofène  
Tube de 60 g



Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

Dواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية وطريقة الإستعمال: الطريق الموضعي. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كليا. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

Protéger les zones traitées par le port d'un vêtement pendant le traitement et les deux semaines suivant l'arrêt. Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسبوعين المواليين لتوقيفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس (حتى ولو كانت السحب تحجبها) ولا للأشعة فوق البنفسجية.



**CRESTOR<sup>®</sup>**  
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

AstraZen





**CRESTOR<sup>®</sup>**  
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

SYNTHEMEDIC



22 rue Koubour benou el Aquam roches  
noires casablanca

ATACAND

16 mg

Cpr séc

Ble de 30

140/16 DMP/21 NRQ P.P.V: 165,50 DH



**ATACAND + GROSSESS  
INTERDIT**



**Ne pas utiliser chez la femme enceinte  
l'adolescente ou la femme en âge de  
procréer, et sans contraception efficace**

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب / 140/16 DMP



**Atacand®** 16 mg  
candésartan cilexetil

Liste I Uniquement sur ordonnance  
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعات الموصوفة

Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.  
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول  
وبصر الأطفال

[ATA16mg/ANIIIA/0716.1]

Lot 34053

Exp 01 2026

Fab: 02 2023