

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

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 - Gèrme 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° P19- 0040797
N°D 14598
Compte

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 194 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Oulade N. Hamed
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° P19- 040797

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 :

Compteur

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES			
Le praticien est prie de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.			
SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient
Coefficient des			
Montant des soins			
Début d'exécution			
Fin d'exécution			
O.D.F. Prothèses dentaires			
	Détermination du coefficient masticatoire		
	H		
	G		
	D		
Montant des soins			
Date du devis			
Fin de			
VOLET ADHERENT			
DECLARATION N°			
Date de Dépôt			
Montant engagé			
Nbre de pièces Jointes			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		W16-055916	DATE DE DEPOT/...../201.....
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mie	
Nom & Prénom		OULAD	
Fonction		Phones	
Mail			
MEDECIN		Prénom du patient	
Adherent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
TRACHEITE + HTA - Diab			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
G		H	180 DZ
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		02/12/19	
1052,30			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
AM		PC	IM
		Total	
		1232,30 DH	

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40, Zankat Abdoumoumen
14, 73-11-07 - RABAT

Pharmacie Sawmaat Hassan
Place de l'Unité Africaine, Rabat
Tel.: 05 37 72 02 50

31 DEC. 2019
ACCEUIL

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

Oulada M'harnet

52.80 x 3 =

LD Nor 10

19/1

22.40 x 3 =

Askardel 75

19/5

44.70 x 3 =

Diamma 60

19/male

106.70 x 3 =

Cardura 25

79.70 x 2 19/mi

47.80

Zithromax 500
1/5

Dazex cpi

1 che

fl 3m

fl 3m

fl 3m

fl 3m

2 fls ou AZIX 500
then after

36/5

fl 50

de 2. 12. 19

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

23.40

Bisolvon cr

1 cr

8/11 11 55
am

1580 x 3

Doliprane 1000

103

1 cr

but et m

60,00

Voltaren gel

10 gél / 8

19.50

Spedon 80

29 a mée la M. p m r

19/42

= 1052,30

صيدانية صومعية حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 50

DOCTEUR S. OUAHAB-AFERIAT
40, Zankat Abdoumoumen
18 1 73 11.07 - RABAT



Tube de 100 g

ask

LOT : M0323
EXP : MAR 2022
PPV : 60,00 DH





® **كاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2 2 8

1 9 6 7 0

UT.AV :

0

2 2

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2 2 8

1 9 6 7 0

UT.AV :

0

2 2

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg 

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2 2 8

1 9 6 7 0

UT.AV :

0

2 2

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2 2 8

1 9 6 7 0

UT.AV :

0

2 2

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2 2 8

1 9 6 7 0

UT.AV :

0

2 2

P.P.V :

09366003/5



® **كاردورا**
2mg دوکسیازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

106170

LOT N° :

2 2 8

1 9 6 7 0

UT.AV :

0

2 2

P.P.V :

09366003/5



DASEN[®] 10 000 UI
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés
gastro-résistants

DASEN[®] 10 000 UI
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés
gastro-résistants

Voie orale

عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN

MIDI

SOIR



Laboratoires SYNTHÉMEDIC
20-22, Rue Zoubair Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

Bisolvon® 8 mg
30 comprimés

A conserver à une température
inférieure à 25°C.

45x18x97

PIV 23D1140
PER 01/21
L T H207

Bisolvon®

bromhexine

8 mg

30 comprimés



Ce médicament est préconisé
dans les états d'encombrement
des bronches, en particulier lors
des bronchites aiguës ou lors
d'épisodes aigus de
bronchopneumopathies
chroniques

Voie orale

Ce médicament ne doit pas être pris
sans avis médical.

Lire attentivement la notice.




Boehringer
Ingelheim



Fabrique par
bottu s.a.
82, Allée des Cassanines - Ain Seïda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

P


 وزارة الصحة
 دولة فلسطين

30
 75 ملغ

حاصبي أسيتيل ساليسيلات

إسكارديل®

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles

LOT 96002 5
 EXP 09/2021
 PPV 22DH40

IDEMCO

NE PAS LAISSER A LA PORTEE
 DES ENFANTS

لا يترك في متناول الأطفال

انظر النشرة داخل العلبة

الاستعمال :

نواعي، نواعي، احتياطات و مخاطر

Voir notice

ET MODE D'EMPLOI :
 INDICATIONS, PRECAUTIONS
 CONTRE-

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

médicale.

Se conformer à la prescription

POSOLOGIE :

عن طريق الفم.

Voie orale.

d'acide acétylsalicylique

Cette boîte contient 2,250 g

السوائل الخفيفة : أسبارتام

Excipient à effet notoire : Aspartam

Excipient aromatisé qsp. 1 comprimé

75 mg

FORMULE :

Acide acétylsalicylique

IDEMCO

08/14
100028

Doliprane® 1000 mg ○

PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

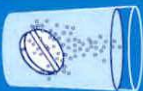
Conserver le tube bien fermé
à l'abri de la chaleur et
de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE,
NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°192/14 DMP/21/NRQ

b

Boittu s.a.
Es. Alto dei Castelli - 40138 Sesto - Casalecchio
S. Stefano - Via Emilia 100000



Adulte
à partir de
15 ans

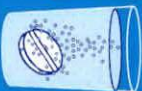
15

®
دوليبران
1000 ملغ

بارا اسيطامول

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الكبار
ابتداء من
15 سنة

15,80

PPV15DH80
PER 07/22
LOT 11781
S

08/14
100028

Doliprane® 1000 mg ○

PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

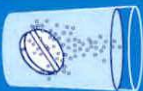
Conserver le tube bien fermé
à l'abri de la chaleur et
de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE,
NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°192/14 DMP/21/NRQ

b

Boittu s.a.
Es. Alfer dei Casarini - 80138 Sesto - Caserta
S. Michele - Piumazzo Imperatore



Adulte
à partir de
15 ans

15

®
دوليبران
1000 ملغ

بارا اسيطامول

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الكبار
ابتداء من
15 سنة

15,80

PPV15DH80
PER 07/22
LOT 11781
S

08/14
100028

Doliprane® 1000 mg ○

PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

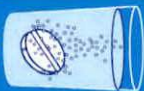
Conserver le tube bien fermé
à l'abri de la chaleur et
de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE,
NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°192/14 DMP/21/NRQ

b

Boittu s.a.
Es. Alter dei Calaveras - Via Sella - Casalezza
S. Benedetto - Piacenza (Parma) - Italy



Adulte
à partir de
15 ans

15

®
دوليبران
1000 ملغ

بارا اسيطامول

8 أقراص فوارة

الأوجاع و الحمى



الكبار
ابتداء من
15 سنة

15,80

PPV15DH80
PER 07/22
LOT 11781
S

LOT : 191121

UT AV : 07/2022

PPV:57,80DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدة زوال المساهمة			

LOT : 191121

UT AV : 07/2022

PPV:57,80DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
مدة زوال المساهمة			

PPV:57,80DH

: (H) Add

10

عن طريق القدم

مَدَّة	صَبَّاح	زَوَال	مَسَاء

طبعة ١: لا يجوز استعمالها
تاريخ الصلاحية: ١٢/٢٠٢٠

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصوفة

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

طبعة ١: لا يجوز استعمالها
تاريخ الصلاحية: ١٢/٢٠٢٠

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصوفة

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

طبعة ١: لا يجوز استعمالها
تاريخ الصلاحية: ١٢/٢٠٢٠

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

طبعة ١: لا يجوز استعمالها
تاريخ الصلاحية: ١٢/٢٠٢٠

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

طبعة ١: لا يجوز استعمالها
تاريخ الصلاحية: ١٢/٢٠٢٠

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

طبعة ١: لا يجوز استعمالها
تاريخ الصلاحية: ١٢/٢٠٢٠

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترموا الجرعات الموصى بها

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

44,70

242600030-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

الاحتياطات
الاستعمال

60 Comprimés à libération Modifiée

Gliclazide

DIAMICRON® 60 mg

48,70

242600060-02

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 M HAMED

Le : 02/12/2019

FACTURE N°: 5541

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
1	ASKARDIL 75MG /30 CPS	22,40	7	22,40
2	ASKARDIL 75MG /30 CPS	22,40	7	44,80
1	BISOLVON 8MG CP	23,40	7	23,40
3	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	320,10
1	DAZEN COMPS/40	47,80	7	47,80
3	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	134,10
3	DOLIPRANE 1G CP EFFERVESCENT	15,80	7	47,40
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40
1	SPASFON-LYOC COMPS SOLUBLES.10	19,50	7	19,50
1	VOLTARENE EMULGEL 100GR	60,00	7	60,00
2	ZITHROMAX COMPS 500	79,70	7	159,40

TVA 7%: 68.84

Total : 1 052,30

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE CINQUANTE DEUX DIRHAMS ET TRENTE CTS

صيدلية صومعة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tel.: 05 37 72 02 50