

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-540635

37642

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2616 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN ZOUIA ABDELLATIF

Date de naissance : 9.4.60

Adresse : 26 RUE AL BANAFAJ HAY RAHA
BEAUSOIR CASA

Tél : 06 78 78 90 46 Total des frais engagés : 3931.80 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 : BPCO part tabagique


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 : CASA Le : 26/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

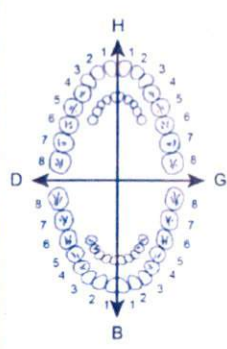
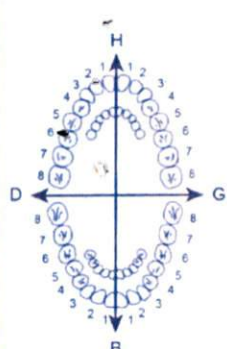
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
05.06.2020			250,00	 INP : <input type="text"/>
19.06.2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed GHAFRY Hay Raha - Rue Banafsaj 21 Bis - Beauséjour - Casablanca Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 30 31 Fax: 0522 94 99 34	06 JUN 2020	3361.80

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
		A M	PC	IM	IV	
 JAWHAR Hasna Infirmière Diplômée d'Etat Autorisation 15663	16.06.20			16		380,00

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

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		LES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

Dr. I LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques
Diplômé de l'Université Henri Point Carré
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY
pneumoallergologue
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



الدكتور ع. الأزرق

أخصائي أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
خريج جامعة هنري بوان كاري
كلية الطب والصيدلة نانسي

Mohammedia, le : 05.06.2020

Régime - Hypo rate

Dr. I. LAZREQ
Cabinet d'Allergologie
Maladies
169, Blvd. de la
Rue 349
INPE 691170

① Triaxon 4g amp

x 106,80 x 16 = 1708,80

2x / 12h x 8 jours

② Zithromax 500 jct

x 79,70 x 2 = 159,40

op. ap. rep. midi

③ Ventoline 100µg spray buccal

x 45,30 x 3 = 135,90

4x / 11h x 7 jours

x 218,00 x 2 = 436,00

4x / 11h x 7 jours

④ Seretide 250µg / 25µg spray buccal

2x / 12h x 30 jours

matin et soir

رقم 169. الطابق الأول. شارع فلسطين. الحمدية - الهاتف : 05.23.304241

1er étage, N° 169 Boulevard de Palestine, Mohammedia - Tél: 05.23.304241 - E-mail : lazrekimad@yahoo.fr

⑤ Digoxine 0,25mg Natuelle

+ 25,00

1/2 - 0 - 0 || 145 jours

⑥

coralan 5mg cp

+ 262,00 x 2 = 524. - scp 2x || x 30 jours

mets et sair

⑦

Dynator cp

+ 79,50 x 3 = 238.50

1 - 0 - 0 ||

41,50 apr

re pos metn

⑧

Betastine 2mg cp

2 - 0 - 0 || x 10 jours

- pos re pos metn

⑨

oeter 20mg gel

+ 52,80

1 - 0 - 0 || 10 jours

39,90

metn 10 jours

⑩

Formul 200g scot

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFER
Hay Raha - Rue Banafsaj
Hay Raha - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 31
Fax: 0522 94 99 34

Dr. J. L. L. L.
Cabinet d'Atelier
Maladies
169, Blvd. de la
Riad
INDE 60.1

TOTAL = 3361.80



Coralan® 5 mg
5 جوارا

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



6 118001 130030

CORALAN 5 mg - ○

Boîte de 28 comprimés

PPV:262DH00



MXGS0059



Coralan[®] 5 mg
5 ج 5

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



6 118001 130030

CORALAN 5 mg - ○

Boite de 28 comprimés

PPV:262DH00



MXGS0059

Lot : 190654

A consommer de
préférence avant le : 10/2022

PPC : 79,50 dh

Dynatens®
comprimé

قرص
عن طريق الفم

Lot : 190654

A consommer de
préférence avant le : 10/2022

PPC : 79,50 dh

Dynatens®
comprimé

الشكل و التقديم :

قرص، علبة تحتوي على 15
قطرات للشرب، قارورة تحتو

الخصائص :

ديناتنس® يحتوي على مستخل
منسجمة على تنشيط و تحفيز الج

Lot : 190485

A consommer de
préférence avant le : 07/2022

PPC : 79,50 dh

Dynatens®
comprimé

نصائح الإستعمال :

خاص بالبالغين.

ديناتنس® قرص : قرص واحد

ديناتنس® قطرات للشرب :

إحتياطات الإستعمال :

LOT 191187
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

OEDES
oméprazole



Voie orale

0,25 mg

PPV: 25 DH 00

BOITU S.A.
30 comprimés
(Dinoxine)
DINOXINE 0,25 mg



صنع من طرف فارمالا
مستورد إلى المغرب م
رخصة وزارة الصحة
- ديناتنس® قرص :

PPC : 39,90 DH
Lot : 190580
MEDIPRO PHARM

ديناتنس® قطرات للشرب : 171710559DMP/20UCA/v1
رخصة المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية رقم : 6

Dynatens®



Gouttes buvables
Voie orale

FORMES ET PRESENTATIONS :

Comprimé, boîte de 15.
Gouttes buvables, flacon de 30ml.

COMPOSITION :

Comprimé : Réglisse (*Glycyrrhiza glabra*, maltodextrine) extrait sec, Guarana (*Paullinia cupana*, maltodextrine) extrait sec, Ginseng (*Panax ginseng*, maltodextrine) extrait sec, Eleutherococcus (*Eleutherococcus senticosus*, maltodextrine) extrait sec, Agent de charge : Cellulose microcristalline, Phosphate de calcium, Antiagglomérant : Dioxyde de silicium, Stéarate de magnésium.

Gouttes buvables : Eau déminéralisée, Réglisse (*Glycyrrhiza glabra*) extrait sec, Ginseng (*Panax Ginseng*) extrait sec, Eleuthérocoque (*Eleutherococcus senticosus*) extrait sec, Menthe (*Mentha piperita*) huile essentielle, glycérol, acide citrique, conservateur : sorbate de potassium.

PROPRIETES ET UTILISATIONS :

Dynatens® est à base d'actifs naturels (Réglisse, Ginseng, et Eleuthérocoque) sélectionnés pour leur action synergique qui aide à dynamiser et à stimuler l'organisme.

CONSEILS D'UTILISATIONS :

Réservé à l'adulte.

Dynatens® Comprimé : 1 comprimé 2 fois par jour.

Dynatens® Gouttes buvables : 30 gouttes 2 à 3 fois par jour.

PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- Déconseillé chez la femme enceinte, allaitante et chez le jeune enfant.
- Ne pas dépasser une durée de 6 semaines sans avis médical.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Tenir hors de portée des enfants.
- A utiliser en complément d'une alimentation variée.
- Conserver dans un endroit frais et sec.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research - Italie

Importé au Maroc par Thérapharm - Casablanca.

Autorisation ministère de la santé n° :

- **Dynatens®** Comprimé : DA20171706385DMP/20UCA/v1

- **Dynatens®** Gouttes buvables : DA20171710559DMP/20UCA/v1

Autorisation sanitaire ONSSA n°: ES.5.230.16

[illegible]

500 mg

ZITHROMAX 500 MG

Boîte de 03 comprimés

Lot : 1281533

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021

PPV : 79,70 DH

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés

Lot : 1281533

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp: 09 / 2021

PPV : 79,70 DH

ROMAX®
500 mg

ID : 633273

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 218,00 DH



ID : 633273

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV : 218,00 DH



6

118001 141876

proportion de fluticasone/
salmétérol

SERETIDE

250

proportion de fluticasone/
salmétérol

SERETIDE

250



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH



VENTOLINE 100 mcg

Aérosol 200 doses

PPV 45,30 DH

PHARMAS **LOT :7652**
UT.AV:01-23
PPV: 41DH50