

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051230

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRISS NABAREK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668 320114 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 : IDRISS NABAREK

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° M21-051230

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 :

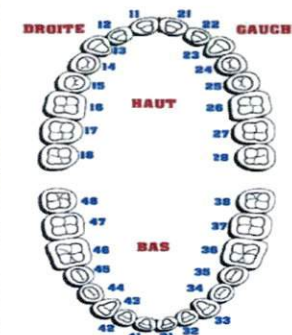
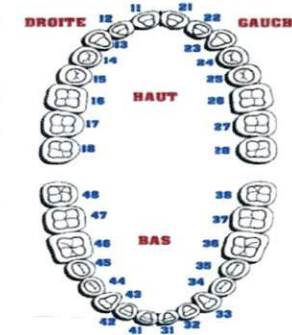


*Amr el*

 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		<b>FEUILLE DE SOIN N°</b> <b>W</b>	<b>DATE DE DEPOT</b>	
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>				
NOM & Prénom	IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14	
Fonction retraité	Matricule 3189	Mail	Signature de l'adhérent	
<b>A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT</b>				
NOM & Prénom du patient :	IDRISSI MBARK		Age 09/12/1951	
Nature de la maladie.	HTA		Adhérent <input checked="" type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
<b>RELEVÉ DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN</b>				
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	
07.06.2021		C	150,00	
<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>				
Dates	Montant de la facture			
07/04/2021	691,00			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>				
Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>				
Dates	Montant détaillé des Honoraires			
	AM	PC	IM	IV

Dr. Abdelaziz BENMAD  
 Diabétologie Echographie  
 Lot. Fatah Sidi Ifni  
 05.29.87.996

Pharmacie EL OUAFI  
 Dr. Driss BENHAMMED  
 Tél : 05.23.87.66.98  
 AV. CAIRE - Sidi Ifni  
 INP : 042074161

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																	
Le praticien est prié 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<b>Coefficient des travaux</b>  <b>Montant des soins</b>  <b>Début d'exécution</b>  <b>Fin d'exécution</b>													
																	
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux													
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
B																	
(Création, Remont, adjonction)																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis			Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														
VOLET ADHERENT																	
NOM du Patient :			DECLARATION N°														
			W														
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes														
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>														

Cachet  
MUPRAS

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale

Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le : 07.06.2021 سيدي إفني, في :

Mr, Mme, Melle : IDPissi narak

- Kardex 160

18/1

Cor dex bir my

14/1

Ranch va

14/1

TAR dy Fuc

18/1

AC daetant

14/1

RDV Le :

Pharmacie EL OUAFI  
Dr. Driss EL HAMMED  
Tél : 05 28 87 56 96  
Av. ALFA - Sidi Ifni  
INP : 04207451  
ICE: 00123456789

Dr. Abdelaziz BENHMID  
Médecine Générale  
N° 02 Bd. du Caire  
Lot. FATH - SIDI IFNI

تارديفيرون ب9

Tardyferon

Fer - Acide folique  
حديد - حمض الفوليك

B9



30  
comprimés pelliculés

أقراص ملبسة

عن طريق الفم - Voie orale

Médicament non soumis à prescription médicale  
دواء يحصر في صرف بدون وصفة طبية

**Composition qualitative et quantitative :** Fer 50,00 mg. Sous forme de sulfate ferreux desséché (154,530 mg). Acide folique (exprimé en anhydre) 0,35 mg. Pour un comprimé pelliculé.

**Forme pharmaceutique et contenu :** 30 comprimés pelliculés.

**Indications thérapeutiques :** Tardyferon B9 comprimé pelliculé est indiqué pendant la grossesse pour prévenir des carences en fer et en acide folique lorsque l'alimentation ne permet pas d'apporter une quantité suffisante de ces éléments. Il ne doit pas être utilisé dans la prévention primaire des risques d'anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural (AFTN : spina bifida).

**Mode et voie d'administration :** Voie orale. Avaler les comprimés entiers avec de l'eau. Ne pas sucer, mâcher ou garder le comprimé dans la bouche. À prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant les repas ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive. **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation.**



6

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51.60 DH

Sous licence / برخصة من /  
فابريك / المصنع /  
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION  
Rue du Lycée - B.P. 77 - 45502 Gien - Cedex France  
توزيع / توزيع /  
شوارع / الشوارع /  
45502 - B.P. 77 - جين - سيندكس فرنسا

322084

COOPER

الموزع / Distribué par

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca

41. زينة محمد ديوري 20110 الدار البيضاء

Pierre Fabre





تارديفيرون ب9

Tardyferon

Fer - Acide folique  
حديد - حمض الفوليك

B9



30  
comprimés pelliculés

أقراص ملبسة

عن طريق الفم - Voie orale

Médicament non soumis à prescription médicale  
دواء يحصر في الصيدليات

**Composition qualitative et quantitative :** Fer 50,00 mg. Sous forme de sulfate ferreux desséché (154,530 mg). Acide folique (exprimé en anhydre) 0,35 mg. Pour un comprimé pelliculé.

**Forme pharmaceutique et contenu :** 30 comprimés pelliculés.

**Indications thérapeutiques :** Tardyferon B9 comprimé pelliculé est indiqué pendant la grossesse pour prévenir des carences en fer et en acide folique lorsque l'alimentation ne permet pas d'apporter une quantité suffisante de ces éléments. Il ne doit pas être utilisé dans la prévention primaire des risques d'anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural (AFTN : spina bifida).

**Mode et voie d'administration :** Voie orale. Avaler les comprimés entiers avec de l'eau. Ne pas sucer, mâcher ou garder le comprimé dans la bouche. À prendre avec un grand verre d'eau de préférence avant les repas ou pendant les repas, en fonction de la tolérance digestive. **Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. Lire la notice avant utilisation.**



6

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51.60 DH

Sous licence / برخصة من /  
فابريك / مصنع /  
PIERRE FABRE MEDICAMENT PRODUCTION  
Rue du Lycée - B.P. 77 - 45502 Gien - Cedex France  
توزيع / توزيع /  
شمارع / شارع /  
سجيس / سيجيس /

322084

COOPER

الوزيع / Distribué par

41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca  
ر.ع. محمد ديوري 41, شارع الدار البيضاء

41. أنفة محمد دسوقي، 2011، *الدا، السضاء*

# CARDIX<sup>®</sup> 6,25mg

## Carvédilol

### 28 Comprimés

LOT : 169  
PER : FEV 2024  
PPV : 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

#### INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

#### CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur

Voie orale

#### CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une  $t^{\circ} \leq 30^{\circ}\text{C}$  et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير

إلتزموا بوصفة طبيبك إلتزاماً دقيقاً

شروط الاستعمال

أنظر النشرة بداخله

عن طريق الفم

المحافظة

يجب الإحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل أو تساوي 30° مئوية

لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

يستمع | خدم



ص 28

6 118000 050568



CARDIX<sup>®</sup> 6,25mg  
28 Comprimés

كارفيدلول

ج 6,25<sup>®</sup> سكارديكس

# CARDIX<sup>®</sup> 6,25mg

## Carvédilol

### 28 Comprimés

LOT : 169  
PER : FEV 2024  
PPV : 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

#### INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

#### CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur

Voie orale

#### CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une t° ≤ 30°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير

إلتزموا بوصفة طبيبك إلتزاماً دقيقاً

شروط الاستعمال

أنظر النشرة بداخله

عن طريق الفم

المحافظة

يجب الإحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل أو تساوي 30° مئوية

لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

إستعمال الدواء



صق 28

6 118000 050568



CARDIX<sup>®</sup> 6,25mg  
28 Comprimés

كارفيدلول

ج 6,25<sup>®</sup> سكارديكس



# CARDIX® 6,25mg

## Carvédilol

### 28 Comprimés

LOT : 169  
PER : FEV 2024  
PPV : 44 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

#### INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

#### CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur

Voie orale

#### CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une  $t^{\circ} \leq 30^{\circ}\text{C}$  et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants.

دواعي الإستعمال و المقادير

إلتزموا بوصفة طبيبك إلتزاماً دقيقاً

شروط الاستعمال

أنظر النشرة بداخله

عن طريق الفم

المحافظة

يجب الإحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل أو تساوي 30° مئوية

لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال

يستمع | خدم



ص 28

6 118000 050568



28 Comprimés  
CARDIX® 6,25mg

كارفيدلول

ج 6,25 س كارديكس

٢

# سليمقان ران



سيمقانستاتين



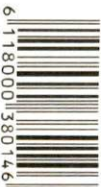
SUN  
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg

Boite de 30

Comprimés pelliculés

Voie orale



6 118000 380146

ملغ  
**20**

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

LOT n° :

EXP :

PPV : 97 DH60

٢

# سليمقان ران



سيمقانستاتين



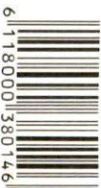
SUN  
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg

Boite de 30

Comprimés pelliculés

Voie orale



6 118000 380146

ملغ  
**20**

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

LOT n° :

EXP :

PPV : 97 DH60



٢

# سليمقان ران



سيمقانستاتين



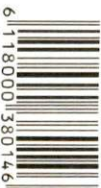
SUN  
PHARMA

RANSIMVA® 20 mg

Boite de 30

Comprimés pelliculés

Voie orale



6 118000 380146

ملغ  
**20**

30 قرصا ملبسا

عن طريق الفم

LOT n° :

EXP :

PPV : 97 DH60

P.P.V: 57DH70

LOT: B25776

EXP: 12.2022



20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه



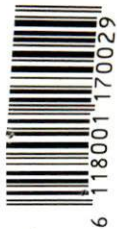
سبيرونولاكتون

الدالكتون 50 مغ

spironolactone

**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par :  
km 0.500 , Route de PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED  
Oualidia WHALTON ROAD - MORPETH  
BP 35, 24 000 NORTHUMBERLAND NE61 3YA  
El Jadida, Maroc ROYAUME UNI



P.P.V: 57DH70

LOT: B25776

EXP: 12.2022



20 comprimés sécables

20 قرص يمكن تقسيمه



سبيرونولاكتون

الدالكتون 50 مغ

spironolactone

**ALDACTONE 50<sup>®</sup> mg**

Laboratoires Pfizer S.A. Fabriqué par :  
km 0.500 , Route de PIRAMAL HEALTHCARE UK LIMITED  
Oualidia WHALTON ROAD - MORPETH  
BP 35, 24 000 NORTHUMBERLAND NE61 3YA  
El Jadida, Maroc ROYAUME UNI

