

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.

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° M21- 0003021

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société : Par com
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre
Nom & Prénom : FERIAH ABDELKADER
Date de naissance : 01.01.1954
Adresse : Lot 74 B. R. K. 99 Sidi Youssef
Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : 947,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 26 AVR 2021
Nom et prénom du malade : KRIS AMINA Age : 56
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Depress
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 : Manouche Le : 26 / 4 / 21
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21- 03021

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 : 2504
Nom de l'adhérent(e) : KRIS AMINA
Total des frais engagés : 947,30
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
			150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Cyprès N° 127 Marsakou Tel: 05 24 1302 03	26/4/11	797,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

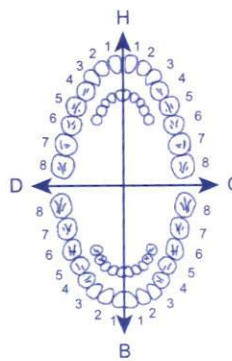
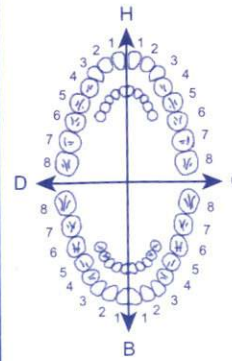
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS																
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouhssine LAHLOU MIMI

Médecine Générale

- Ancien Médecin Commandant des Hôpitaux Militaires
- Médecine expert auprès des tribunaux.
- Diplôme universitaire en Diabétologie «FRANCE»
- Docteur en médecine de la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme des Etudes supérieures en Maladies sexuellement Transmissibles
- Diplôme universitaire en Echographie Générale
- Suivie de grossesse - ECG - Alhijama
- Examen pour l'Obtention de Permis de Conduire

الدكتور محسن لولو ميمي

الطب العام

- طبيب عسكري سابق بالمستشفيات العسكرية
- خبير محلف لدى المحاكم
- طبيب مجاز في تخصص داء السكري بفرنسا
- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- دبلوم الدراسات العليا في تخصص الأمراض المنقولة جنسيا
- دبلوم جامعي في الفحص بالصدى الصوتي
- تتبع النساء الحوامل - تخطيط القلب - الحجامة
- الفحص الطبي لرخصة السياقة

INP : 07 11 84 550

Marrakech, le : 26 AVR 2021 مراكش، في

Nom :

Prénom :

94,00
x 3
282,00
① VELACOL Lp
1 cph + 3m

120,70
x 2
241,40
② AERUS
1 cph + 2m

34,70
x 3
104,10
③ Lep am 6m
1 cph + 3m

56,60
x 3
169,80
797,30
④ Skimex 20
1 + 1 cph + 3m

797,30
⑤ Satam 40
1 cph

Pharmacie les Cyprès
N° 127 Lot Mabrouk
Marrakech
Tel : 05 24 43 0203

Mouhssine LAHLOU MIMI
Expert Assurimédical
Omnipraticien
Diplôme en Diabétologie
N° 05 24 01 00 46 / 06 61 71 27 79

بلوك 16، عمارة 37، شقة 3، أبراج الكتبية - المحاميد 9 - مراكش (أمام BMCE Bank)

Bloc 16, Imm 37, Apt N° 3 Abraj El Koutoubia - M'hamid 9 - Marrakech (En face BMCE Bank)

Tél. : 05 24 01 00 46 - GSM : 06 61 71 27 79

LOT: 20E008
PER.: 07/2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60



LOT: 20E008
PER.: 07/2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60



LOT: 20E009
PER.: 11/2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V.: 56DH60





NOM : *KR10*

Désignation	Quantités	Prix Unit	Prix Total	Prix TTC
VELEXOR	03	94,00	282,00	282,00
ACRIVIS	02	120,70	241,40	241,40
ZEPAM	03	34,70	104,10	104,10
STENO X	03	56,60	169,80	169,80
<p>soit la présente facture à la somme de: Sept cent quatre vingt dix sept din et deux</p>				
TOTAL :				797,30

Pharmacie les Cyprès
N° 427, Lot Mabrouka
Marrakech

TOTAL :

Pharmacie les Cyprès
N° 427, Lot Mabrouka
Marrakech
Tél : 05 24 43 02 03

797.2

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 0005416

EXP 05/23

PPV 94DH00

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 0005416

EXP 05/23

PPV 94DH00

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

VELAXOR® LP

Venlafaxine

37,50 mg

LOT 0005416

EXP 05/23

PPV 94DH00

**30 gélules à
libération prolongée**

Voie Orale

VELAXOR® LP 37,50 mg

30 gélules à libération prolongée



6 118001 250660

PPV : 34DH70

PER : 09/23

LOT : J2457

Zepam® 6 mg

bromazépam



30 comprimés bâtonnets
quadriséables

Voie orale

Composition :

bromazépam (DCI) : 6 mg
Excipients : q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : Lactose

Posologie et indications :

Lire attentivement la notice
Se conformer à la prescription médicale

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° : 26 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Durée de prescription limitée
à 12 semaines



bottu s.a.

82 Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien responsable

Zepam® 6 mg
bromazépam

30 comprimés bâtonnets
quadriséables



PPV : 34DH70

PER : 09/23

LOT : J2457

Zepam® 6 mg

bromazépam



30 comprimés bâtonnets
quadriséables

Voie orale

Composition :

bromazépam (DCI) : 6 mg
Excipients : q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : Lactose

Posologie et indications :

Lire attentivement la notice
Se conformer à la prescription médicale

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° : 26 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Durée de prescription limitée
à 12 semaines



bottu s.a.

82 Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien responsable

Zepam® 6 mg
bromazépam

30 comprimés bâtonnets
quadriséables



PPV : 34DH70

PER : 09/23

LOT : J2457

Zepam® 6 mg

bromazépam



30 comprimés bâtonnets
quadriséables

Voie orale

Composition :

bromazépam (DCI) : 6 mg
Excipients : q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : Lactose

Posologie et indications :

Lire attentivement la notice
Se conformer à la prescription médicale

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° : 26 DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Durée de prescription limitée
à 12 semaines



bottu s.a.

82 Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien responsable

Zepam® 6 mg
bromazépam

30 comprimés bâtonnets
quadriséables



Fabriqué et distribué par :
Les laboratoires PHARMACEUTICAL
INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda
Maroc Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable.

AMM N° 297/12 DMP/21/NRS

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Chaque comprimé contient 5 mg de
desloratadine. Avaler le comprimé
en entier avec de l'eau. Tenir hors de
la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne
dépassant pas 30°C. A conserver
dans l'emballage extérieur d'origine.
Lire la notice avant utilisation.

**AERIUS®
5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



LOT : 086-1
PER : NOV 2022
PPV : 120 DH 70

**أيريوس®
5 ملغ**

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

Fabriqué et distribué par :
Les laboratoires PHARMACEUTICAL
INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda
Maroc Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable.

AMM N° 297/12 DMP/21/NRS

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 050124



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Chaque comprimé contient 5 mg de
desloratadine. Avaler le comprimé
en entier avec de l'eau. Tenir hors de
la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne
dépassant pas 30°C. A conserver
dans l'emballage extérieur d'origine.
Lire la notice avant utilisation.

**AERIUS®
5 mg**

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



LOT : 086-1
PER : NOV 2022
PPV : 120 DH 70

**أيريوس®
5 ملغ**

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة