

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° W21-645355

84025

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12347 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : YAAKOUBI Oumaima
 Date de naissance : 08/03/1984
 Adresse : 29, rue Abou Omar El Hailo, 2 Mars, Casa
 Tél : 0662839339 Total des frais engagés : 885,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Iham CHAH
 Médecine Générale
 Av. 2 Mars, 3 Rue Abdeslam Khattabi
 Casablanca Tél : 05 22 28 34 52
 Date de consultation : 08/07/2011
 Nom et prénom du malade : YAAKOUBI Oumaima
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08/07/2024	1.	1	15000	INP: 094103790 Docteur Ihan Khattam Médecin Généraliste 3 Rue Abdelhak Khatam Tél.: 05 22 28 45

INP :

INP: 09 10 37 90
Docteur Ikhannou
Medecin - Spécialiste
N° 2 Mars, 3 Rue Mohammed Khattam
Casablanca - Tel.: 05 22 28 34 53

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/22	735,60

Date _____

Montant de la Facture

08/09/22 $\neq 3, 5, 6$

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

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

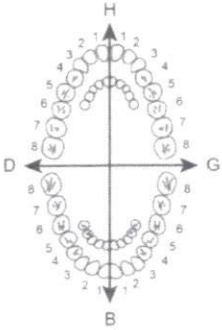
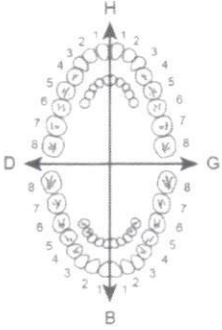
Montant détaillé
des Honoraires

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"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			B				00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	B																											
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
	<input type="text"/>																											
<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												
<input type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

25533412
00000000

21433552
00000000

C

[illegible]

E

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

إلطب العام

الفحص بالصدى

ΥΑΚΟΥΒΙ Ουαίμα
Ordonnance

Casablanca, Le

08/09/2021

64,10
① Axiomycin 1cp x 7j
45,90 x 1
② Zephel 1fl/se
52,40
③ smecher 1sa x 7j
63,20
④ Zephel 10
49,60 x 2
⑤ LAB 1AB/se
24,40 x 2
⑥ piva 10 x 1
Kpaleo aasab 1x1

PHARMACIE AL BOUDOUR
SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams
Siège Social Casablanca : 115, Rue de Sebta
Tél: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67
R.C. : 252 331 - I.F.: 40464164

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52 المستعجلات: 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

- ⑦ Polijna 9500 → 14,100
 1000 3 (55,10)
- ⑧ 0000000000 → 3
 1000 6000000000 → 247,100
- ⑨ Nea 1000 (chever)

Docteur Iliam CHAH
 Médecine Générale
 Av. 2 Mars, 3 Rue Abdelham Khattabi
 Casablanca - Tél.: 05 22 28 34 52

PHARMACIE AL BOUDOUR
 SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams

PHARMACIE AL BOUDOUR
 SARL AU Capital de 6.320.000 Dirhams
 Siège Social Casablanca : 115, Rue de Sebta
 Tél: 05 22 86 04 68 - Fax: 05 22 86 04 67
 R.C.: Casa 252 331 - IF.: 40464164

Ne pas laisser
à la portée des enfants

pivalone® 1%

Suspension nasale



6



118000 250784



مزيج انفي

التسكوتوربول

١% ١٠٠٠
١٠٠٠

Composition
Pivalate de
tixocortol..... 1,000 g
Excipient q.s.p 100 g
Flacon nébuliseur
contenant 10 ml de
suspension



LOT:

PER:

PPV:

24,40

Ne pas laisser
à la portée des enfants

pivalone® 1%

Suspension nasale



6



118000 250784



مزيج انفي

التسكوتوربول

١% ١٠٠٠
١٠٠٠

Composition
Pivalate de
tixocortol..... 1,000 g
Excipient q.s.p 100 g
Flacon nébuliseur
contenant 10 ml de
suspension



LOT:

PER:

PPV:

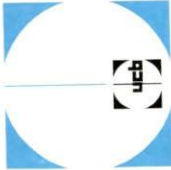
24,40



63, 80

زيرتيك 10 ملغ[®]

سيتيريزين ديكلورهيدرات



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec[®] 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

دولبران®

بارايسطامول

500 ملغ

عن طريق الفم
20 قرصا قابلا للكسر

بوتس
مسحوق
من الكافور

Doliprane® 500 mg
PARACETAMOL
20 COMPRIMES SECABLES



الأوجاع
الحمى

COMPOSITION :

Paracétamol 500 mg
Excipients qsp un comprimé

INDICATIONS :

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 27 kg (soit environ à partir de 8 ans).



Doliprane®

PARACETAMOL 500 mg

40,30

P P V 100 H 30
L M R 03 / 23
L O T 1973



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE

b
bottus a
82, Allée des Camarines - Ain Sebaa - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

Voie orale
20 COMPRIMES SECABLES

OROPROPOLIS OROPROPOLIS



OROPROPOLIS



OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

LOT: 244
PER: 06/2024
PPC: 55-10 DHS



Laboratoires LABINDUS
Distribué par PHARMASOFT
40, Zone Industrielle Ain Chelaf 30000 FES
Tél : 0535603368 Fax : 0535603918
BP : 5751 Fes - MAROC
Site web : www.pharmasoftlab.ma

Extrait Actif de Propolis

SPRAY BUCCAL
Oral Spray



6 749976 877431

Lot N° :

Per :

PPC :

4 أمولات للشرب

ك-ن أمولات

كوليكالسيترول 25 000 وحدة دولية
D3 فيتامين



Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Ergo
Maroc

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

13

Fabriqué par

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE[®] AMPOULE



6 118001 320080

0

4 أمولات للشرب

ك-ن أمولات

كوليكالسيترول 25 000 وحدة دولية
D3 فيتامين



Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

Ergo
Maroc

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A11D
EXP: 01/2023

13

Fabriqué par

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

D-CURE[®] AMPOULE



6 118001 320080

0

NEOXIDIL® 2%

Flacon de 80 ml



Non remboursable AMO



6 118000 020394

LOT : 0022 / EXP : AVR 2024

PPV : 247,00 DH



Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura - Maroc
Mme L.TAZI, Pharmacien Responsable
Sous licence des Laboratoires GALDERMA

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

NE PEUT ETRE OBTENU QUE
SUR ORDONNANCE MEDICALE

smecta®

Diosmectite

orange-vanille

PER.: 10 2023

LOT: 20E063

6



118000 011460

P.P.V.: 52DH40

SMECTA ORANGE VANILLE
36 SACHET 830





ZENTEL

0,4 g/10 mL
suspension buvable

Albendazole

Flacon de 10 ml

COMPOSITION

Albendazole.....40 mg
Pour 1 ml de suspension buvable.

Un flacon de 10 ml de suspension
buvable contient 400 mg

d'albendazole.

Excipient à effet notoire : acide

benzoïque.

Voir la notice pour plus
d'informations.

Suspension buvable. Voie orale.

NON
su
AI

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aoude
Région de Rabat
PPV : 45,90 DH



6

056549:DI

Agilici avant utilisation

A conserver à une

température ne dépassant
pas 30°C et à l'abri de la
lumière.



ZENTEL

0,4 g/10 mL
suspension buvable

Albendazole

Flacon de 10 ml

COMPOSITION

Albendazole.....40 mg
Pour 1 ml de suspension buvable.

Un flacon de 10 ml de suspension
buvable contient 400 mg

d'albendazole.

Excipient à effet notoire : acide

benzoïque.

Voir la notice pour plus
d'informations.

Suspension buvable. Voie orale.

NON
su
AI

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aoude
Région de Rabat
PPV : 45,90 DH



6

056549:01

la l

le

util

Tei

Lir

Agilici avant utilisation

A conserver à une

température ne dépassant
pas 30°C et à l'abri de la

lumière.