

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 Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 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° W21-688390

110053

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0708

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAD Abdelkader

Date de naissance : 03-10-1944

Adresse : la même

Tél : 06 71 40 04 96

Total des frais engagés : 839,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. MRIN. HASSOUNI
ép. HASSOUNI
DERMATO-VENEROLOGUE
Résidence Essaada, Av. Mohammed
Immeuble N° 2 - Rabat
Tél : 05 22 22 78 18

Date de consultation : 03-10-14

Nom et prénom du malade : SAD Abdelkader

Age : 77 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Zona ophthalgique

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 : RAM

Le : 11/03/2022

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
1 Mars 2022		1	3000 dh	<p>DR. MRIN. HASSOUNI INF. ap. HASSOUNI DERMATO-VENEROLOGUE Résidence Essaad, Av. Mohammed Immeuble N° 2 - Rabat Tél./Fax : 05 37 73 34 34</p>

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

Dr. MRINI
INF. ap. HASSOUNI
DERMATO VENEROLOGUE
Résidence Essaads, Av. Mohammed
Immeuble N° 2 - Rabat
Tél. (Fax) 05 37 73 34 34

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/22	535.5
		15250
		126.00

535.8
15250
126.40

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

lu	Date	Désignation des Coefficients
logue		

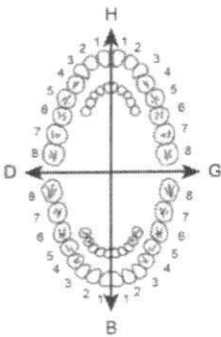
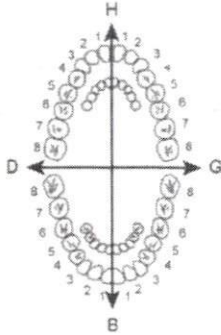
[illegible]

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTIONFIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

1

255334

000000

12 | 21433552

00	DO000000
----	----------

00	00000000
----	----------

11 11433553

E

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur CHAFIKA MRINI
Ep. HASSOUNI**

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Strasbourg

**SPECIALISTE DES MALADIES
DE LA PEAU DES CHEVEUX DES ONGLES
DES MALADIES SEXUELLEMENT
TRANSMISSIBLES
CHIRURGIE DERMATOLOGIQUE
MEDECINE ESTHETIQUE
ET TRAITEMENT LASER**

الدكتورة شفيقة المريني الحسوني

خريجة كلية الطب بـستراسبورغ

اختصاصية في أمراض الجلد والشعر والأظافر
والأمراض التناسلية
جراحة الجلد وطب التجميل
وعلاج بالليزر

Rabat, le

11/03/2022

الرباط، في

Mr SAD ABDELKADER

432,00

1 - Valex 500 cp

1 cp 4 fois /jour pdt 12 j

30,00

2 - Eosine acqueuse

1 appl /jour

63,20

3 - Orex 500 mg

1 gel 4 fois par jour toutes les 6 heures

10,30

4 - Doliprane 500

un cp trois fois par jour en cas de douleurs

152,50

PHARMACIE BADR
F. BENCHEBBOUNE
15, Av. Fai Ould Omeir
Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 34 62

6320

PHARMACIE EMILE ZOLA
DR. BENNANI K. Abdelali
221, Boulevard Emile Zola
Casablanca - Tél.: 05 22 24 23 83

Dr. MRINI CHAFIKA
ép. HASSOUNI
DERMATO-VENEROLOGUE
Résidence Es-saada Immeuble N° 2 - Rabat
Tél: 05 37 73 34 34

PHARMACIE RABAT-VILLE
Ex: Pharmacie Nouvelle
4, Avenue moulay Youssef
Rabat-Tél: 05.37.20.61.19

VALEX® 500 mg

Composition :

Valaclovir 500 mg

Excipients (dont lactose) q.s.p. ...

1 Comprimé enrobé

Voir la notice pour plus d'informations

التركيب :
فالاتيكلوڤير 500 مغ

المواد المساعدة (بما فيها اللاكتوز) بكمية كافية

قرص واحد مغلف

انظر النشرة لزيد من المعلومات

2CS0049.V01

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة المحددة
Tableau A (liste 1)

Fabriquée par :
PROMOPHARM S.A
Z.I. du sahel, Had Souleim - Mali

42 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

VALEX® 500 mg

Valaclovir

فالاتيكس 500
فالاتيكلوڤير

A utiliser sous prescription médicale.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température qui ne dépasse pas 30°C.
Mode et voie d'administration :
Lire la notice avant utilisation.

يصرف بوصفة طبية.
يحفظ بعيدا عن مرمى و متناول الأطفال.
يخزن تحت درجة حرارة أقل من 30° مئوية.
الجرعة وطريقة الاستخدام :
اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

VALEX® 500 mg

42 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241669

85x65x56

14

Comprimés enrobés

VALEX®
500 mg
Valaclovir

14

قرصا مغلفا

عن طريق الفم

VALEX® 500 mg
Valaclovir
14 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241652

فالاكسيفير
500 مغ

A utiliser sous prescription médicale.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température qui ne dépasse
pas 30°C.

Mode et voie d'administration
Lire la notice avant utilisation.

بدون وصفة طبية.
يحفظ بعيدا عن متناول و سيطرة الأطفال.
يحفظ تحت درجة حرارة لا تزيد عن 30 درجة مئوية.
اقرأ التعليمات قبل الاستخدام.
لا تأخذ الدواء بعد انتهاء صلاحيته.

Ne pas exposer le produit à la lumière directe du soleil.
à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

Fourni par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du saïbel, Haid Soualem - Maroc

B5x65x20

VALEX®
500 mg
Valaclovir

Voie orale



14
Comprimés enrobés



Composition :

Valaclovir 500 mg

Excipients (dont lactose) q.s.p. ... 1

Comprimé enrobé

Voir la notice pour plus d'informations.

التركيب:

فالاكسيفير 500 مغ

المواد المساعدة (بما في ذلك اللاكتوز) بكمية كافية

قرص مغلف

انظر النشرة لزيادة من المعلومات.

8 0 0 1 1 2 1 0 T
4 2 4 / 1 1 3 R
5 0 H 2 0 D 1 5 V



2C50041.V01



Orex[®]
Céfalesine



500 mg



12 gélules

Voie orale

LOT 210394 3

EXP 02 24

PPV 63 20 DH

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطيما
sothema

COMPOSITION :

Monohydrate de céfalesine quantité correspondant à 500 mg de céfalesine base.

Excipients.....q.s.p 1 gélule.

Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation.



سوطيما
sothema

Fabricant/Titulaire d'AMM

Laboratoires SOHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

المنتج / صاحب رخصة التسويق

مختبرات سوطيما

ص.ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب

Orex[®]
Céfalesine
500 mg
12 gélules



500 ملغ

12 كبسولة

عن طريق الفم



أوريكسين[®]
سفلكسين

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف النهار	صباح	المدة

سوطيما
sothema

OREX 500mg

céfalesine
12 gélules

AMM N° 757/98 DMP/21



6 118000 021155

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول و مرمى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (اللائحة I)

التركيبة :

سفلكسين أحادي الهيدرات كمية معادلة ل 500 ملغ سفلكسين قاعدة.

السواغات.....كمية كافية لكبسولة واحدة.

اقرأ النشرة الداخلية بتمعن قبل الإستعمال.

Orex[®]
Céfalexine

500 mg



12 gélules

Voie orale

LOT 210394 3

EXP 02 24

PPV 63 20 DH



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطيما
sothema

COMPOSITION :

Monohydrate de céfalexine quantité correspondant à 500 mg de céfalexine base.

Excipients.....q.s.p 1 gélule.

Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation.



سوطيما
sothema

Fabricant/Titulaire d'AMM
Laboratoires SOHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
المنتج / صاحب رخصة التسويق
مختبرات سوطيما
ص.ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب

Orex[®]
Céfalexine
500 mg
12 gélules

500 ملغ

12 كبسولة

عن طريق الفم



أوريكس
سفلكسين

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	متنصف النهار	صباح	المدة

سوطيما
sothema

OREX 500mg
céfalexine
12 gélules

AMM N° 757/98 DMP/21



6 118000 021155

التركيبة :

سفلكسين أحادي الهيدرات كمية معادلة ل 500 ملغ سفلكسين قاعدة.
السواغات.....كمية كافية لكبسولة واحدة.
اقرأ النشرة الداخلية بتمعن قبل الإستعمال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مراء الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (اللائحة I)

Orex[®]

Céfalesine



500 mg



12 gélules

Voie orale

LOT 210394 3

EXP 02 24

PPV 63 20 DH

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطيما
sothema

COMPOSITION :

Monohydrate de céfalesine quantité correspondant à 500 mg de céfalesine base.

Excipients.....q.s.p 1 gélule.

Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation.



سوطيما
sothema

Fabricant/Titulaire d'AMM
Laboratoires SOHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
المنتج / صاحب رخصة التسويق
مختبرات سوطيما
ص.ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب

Orex[®] 500 mg
Céfalesine
12 gélules

500 ملغ

12 كبسولة

عن طريق الفم



أوريكس[®]

سفلكسين

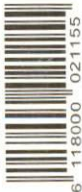


<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المدة	صباح	منتصف النهار	مساء	قبل	بعد

سوطيما
sothema

OREX 500mg
céfalesine
12 gélules

AMM N° 757/98 DMP/21



6 118000 021155

التركيبة :

سفلكسين أحادي الهيدرات كمية معادلة ل 500 ملغ سفلكسين قاعدة.
السواغات.....كمية كافية لكبسولة واحدة.
اقرأ النشرة الداخلية بتمعن قبل الإستعمال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مراء الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (اللائحة I)

Orex[®]
Céfalesine

500 mg



12 gélules

Voie orale

LOT 210394 3

EXP 02 24

PPV 63 20 DH



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

سوطيما
sothema

COMPOSITION :

Monohydrate de céfalesine quantité correspondant à 500 mg de céfalesine base.

Excipients.....q.s.p 1 gélule.

Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation.



سوطيما
sothema

Fabricant/Titulaire d'AMM
Laboratoires SOHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
المانع / صاحب رخصة التسويق
مختبرات سوطيما
ص.ب. رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب

Orex[®]
Céfalesine
500 mg
12 gélules

500 ملغ

12 كبسولة

عن طريق الفم



أوريكس
سفلكسين

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	متنصف النهار	صباح	المدة

سوطيما
sothema

OREX 500mg
céfalesine
12 gélules

AMM N° 757/98 DMP/21



6 118000 021155

التركيبة :

سفلكسين أحادي الهيدرات كمية معادلة ل 500 ملغ سفلكسين قاعدة.
السواغات.....كمية كافية لكبسولة واحدة.
اقرأ النشرة الداخلية بتمعن قبل الإستعمال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)

يصرف بموجب وصفة طبية - قائمة I (اللائحة I)



Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



PPV: 10DH30
PER: 07/24
LOT: K2023



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



bottu s.a

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

DOULEURS
FIEVRE

Voie orale
20 COMPRIMES SECABLES

Doliprane®
500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg



VALLEX[®]

500 mg

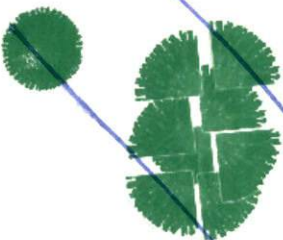
Valactclovir

N25

Voie orale

42

Comprimés enrobés



LOT 21074
PER 03/24
PPV 432DH 00

432,00

