

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ns générales :

adre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

adre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

ntente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
ractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
e pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de
ns.

acacie :

es vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

our les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

logie et Biologie :

la facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
ointes 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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
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



Déclaration de Maladie

M22- N° 002822

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : M2860

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IDRIS MBARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABALAGH AOUACH Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 M22- N° 002822

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).


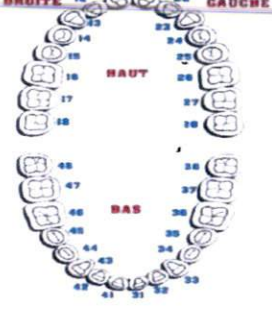
Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom : IDRISSI MBARK		Téléphone : 06.68.32.01.14			
Fonction : retraité		Matricule : 3189		Mail :	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : ABALAGH AOUIACH		Age : 01/01/1963		Date de la première visite : 18/03/2022	
Nature de la maladie : HTA		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes : 17.03.2022		Nature des actes : C		Montant détaillé des Honoraires : 1001,00	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates : 14/03/2022		Montant de la facture : 571,30			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates :		Désignation des Coefficients :		Montant détaillé des Honoraires :	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates :		Nombre :			Montant détaillé des Honoraires :
		AM PC IM IV			

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	Coefficient des travaux												
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>00000000</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> </table>			H		25533412	21433552	D 00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de l'exécution <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	D 00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
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			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois													

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 : 11.0 MARS 2022 سيدي إفني , في :

Mr, Mme, Melle : ARA LAETA LOUICHA

$58,70 \times 3 = 176,1$

Tensio à min et max

$139 \times 70 \times 1$
 $\rightarrow 139 \times 70 \times 1$
 $24,70$
12 min 1/1
14/1

- Diuol

$14,00 \times 3 = 42,19$

- 12/19

25,00

- Diuol

100,13

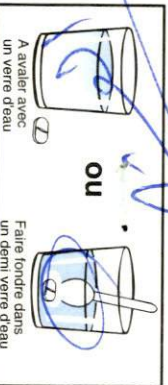
64,10

- Diuol

RDV Le :

Pharmacie EL OUAFI
Dr. Dr. BENHMID
Tél : 05 28 87 66 96
Av. CAHILL - Sidi Ifni
05 28 87 66 96

Mode d'emploi

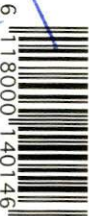


Conserver à une température inférieure à 25°C
et à l'abri de l'humidité

NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS

LOT : 21905
EXP : 02/2005
PDC : 04,100H

DISPAMOX[®] 1g ○
14 comprimés dispersibles



le Laboratoire Pharmaceutique
NOVOPHARMA
Z.I.12 Tit Mellil Casablanca

DISPAMOX[®]
amoxicilline **1g**
14 comprimés dispersibles

Drii

Toux sèche

ADULTES

sans sucre

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :



Composition : Bromhydrate de dextrométhorphan 0,300 g pour 100 ml.

Edulcoré au sirop de maltitol liquide

Arôme Punch.

Forme pharmaceutique :

Sirop, flacon de 150 ml

Liste des excipients qui ont un effet notoire :

Parahydroxybenzoate de

méthyle, parahydroxybenzoate de propyle, Alcool, Maltitol

Indications thérapeutiques :

Ce médicament est un antitussif. Ce médicament est préconisé en cas de toux sèche, toux d'irritation. Il est destiné à l'adulte à partir de 15 ans

Posologie et mode d'emploi :

Voie orale

• Réserve à l'adulte de plus de 15 ans.

• 1 Cuillère à café = 15 mg de Bromhydrate de

dextrométhorphan.

• 60 à 120 mg de Bromhydrate de

dextrométhorphan par jour, répartis en 3 à 4 prises en respectant un intervalle d'au moins 4 heures, soit 1 à 2 cuillères à café 3 à 4 fois par jour.

• Ne pas dépasser 120 mg par jour (8 cuillères à café) et 30 mg par prise (2 cuillères à café)

PPV:

PER:

LÔT:

01/14/05

Composition

Pivalate de
tixocortol.....1,000 g
Excipient q.s.p 100 g

Flacon nébuliseur
contenant 10 ml de
suspension

بيقالون® 1%

التيكسوكورتول

مزيج أنفي



pivalone® 1% 

Suspension nasale



Ne pas laisser
à la portée des enfants

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2750



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

PPV: 14DH00

PER: 10/24

LOT: K2750



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S.Bachhoudi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2750





NATRIXAM® 1,5mg/5mg

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ/5 ملغ
حبّات ذات تحرر معدل
إنداباميد / أملوديپين

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



PPV : 79,90 DH

14010042



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



SERVIER



NATRIXAM® 1,5mg/5mg

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ/5 ملغ
حبّات ذات تحرر معدل
إنداباميد / أملوديپين

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



PPV : 79,90 DH

14010042



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



SERVIER



NATRIXAM® 1,5mg/5mg

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine

نا تريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ
حببات ذات تحرر معدل
إنداباميد / أملوديبيين

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg

30 comprimés à Libération Modifiée



PPV : 79,90 DH

14010042



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



SERVIER

EFFIPRED®

20 Comprimés
effévescents 20 mg



LABORATOIRES
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC



البريد 669



20



20 ملغم

بريد الأبحاث

أفست

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 09/2024
LOT 19016 2

ملغ 100 تنورمين®

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 21E004V
PER.: 09 2024

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

ملغ 100 تنورمين®

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 21E004V
PER.: 09 2024

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

ملغ 100 تنورمين®

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 21E004V
PER.: 09 2024

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.