

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 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

N° P19-0026368

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom :

Date de naissance : **128278**

Adresse :

Tél. : 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 :

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° P19-026368

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

La 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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553			Montant des soins
	H		G																					
	25533412		21433552																					
00000000		00000000																						
00000000		00000000																						
35533411		11433553																						
(Creation, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse			Date du devis																					
			Fin de																					

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W16-055916	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W16-055916

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom <i>Dulada H'haimes</i>		
Fonction	Phones	
Mail		
MEDECIN	Prénom du patient	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
<i>HTA - Diabète - T.G. Hépatite.</i>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Car</i>	<i>DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT</i> 40. Zankat Al-Bayt - Rabat	<i>200 dh</i>
PHARMACIE	Date <i>20/11/2011</i>	
Montant de la facture	<i>1498,70</i> INPE : 102070414	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT

40 Zankai Abdelmoumen

Tél : 75 11.07 - RABAT

Le : 20.5.2022

M^r Oulada M'hamed

ORDONNANCE

D Cure 25.000 units

1635 125 par semaine ds 1 per de lait
ficole

per D Cure 100.000 units

4960 125 par mois ds 1 per de lait ficol

105,90

صيدلية صوفاة حسان
Pharmacie Sawmaat Hassar
Taleb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél.: 05 37 72 02 60

DOCTEUR S. OHAYON-AFERIAT
40 Zankai Abdelmoumen
Tél : 75-11.07 - RABAT

Docteur S. OHAYON-AFERIAT

40, Zankat Abdelmoumen - Rabat

Tél. : 05.37.73.11.07

e-mail : solangeaferiat@gmail.com

INP : 101002871

الدكتورة صلونج احيون أفريط

40 زنقة عبد المومن الرباط

الهاتف : 05.37.73.11.07

البريد الالكتروني : solangeaferiat@gmail.com

Ouleda Y. haoud

20 5 2022



442

Diapirion 60

19/8

19/8

Hyperin 100

19/8

19/8

Isidur 25

19/8

19/8

LDNOR 100

19/8

19/8

Cardo aspirine 100

19/8

19/8

Cardura 200

19/8

Dolipran 500

1498,70

Pharmacie Sawmaat Hassan
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tél: 05 37 72 02 50

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

PPV : 30,60
Exp :
N° Lot :

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیلازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° :

74

406 20

UT.AV :

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیلازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° :

74

406 20

UT.AV :

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیلازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° :

74

406 20

UT.AV :

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیلازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° :

74

406 20

UT.AV :

P.P.V :

09366003/5

Pfizer

® **کاردورا**
2mg دوکسیلازوسین
20 قرصا



CARDURA® 2mg ☒

20 Comprimés



6 118000 250043

LOT N° :

74

406 20

UT.AV :

P.P.V :

09366003/5

Doliprane®

PARACETAMOL 500mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15.30
PPV 0150H30
PER 01/25
LOT L333-1



Doliprane®

PARACETAMOL 500mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15.30
PPV 0150H30
PER 01/25
LOT L333-1



Doliprane®

PARACETAMOL 500mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15.30
PPV 0150H30
PER 01/25
LOT L333-1



Doliprane®

PARACETAMOL 500mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15.30
PPV 0150H30
PER 01/25
LOT L333-1



Doliprane®

PARACETAMOL 500mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15.30
PPV 0150H30
PER 01/25
LOT L333-1



Doliprane®

PARACETAMOL 500mg



à partir de 27 kg

Voie orale
16 GELULES

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ahl Sebba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

15.30
PPV 0150H30
PER 01/25
LOT L333-1



LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

للا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا


30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة الاستخدام
بالمصباح ☼ زوال حمى


COOPER
PHARMA

6 118000 082217 

LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

للا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا


30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة الاستخدام
بالمصباح ☼ زوال حمى


COOPER
PHARMA

6 118000 082217 

LOT : 220041

EXP : 03/2025

PPV : 57,80DH

10 ملغ
عن طريق الفم

Ⓜ

للا-زور
أنورفاستاتين

قرصا ملبسا

30 x 

LD-NOR 10mg

30 comprimés pelliculés

مدة الاستخدام
بالمصباح ☼ زوال حمى

 COOPER
PHARMA



6 118000 082217

Respecter les doses prescrites
احفظوا الجرعات الموصوفة



Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 : لا يحذف إلا بموجب وصفة طبية



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O

Boite de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



Les Laboratoires Servier
مختبرات سرفيه فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex - France

Fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran - 45520 Gidy

Titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEV/ACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmu - Casablanca

Respecter les doses prescrites
احفظوا الجرعات الموصوفة



Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 : لا يحذف إلا بموجب وصفة طبية



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O

Boite de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



Les Laboratoires Servier
مختبرات سرفيه فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex - France

Fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran - 45520 Gidy

Titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEV/ACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmu - Casablanca

Respecter les doses prescrites
احفظوا الجرعات الموصوفة



Liste I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 : لا يحذف إلا بموجب وصفة طبية



6 118001 130023

HYPERIUM 1 mg - O

Boite de 30 comprimés

PPV : 113,50 DH

Servier Maroc - Casablanca

14010033



Les Laboratoires Servier
مختبرات سرفيه فرنسا

50, rue Carnot

92284 Suresnes cedex - France

Fabriqué par Les Laboratoires Servier Industrie

905, route de Saran - 45520 Gidy

Titulaire de l'AMM au Maroc : Servier Maroc

Immeuble ZEV/ACO - Lotissement Fath 4

Route d'Azemmu - Casablanca

PPV:56,30 DH
LOT: 21K23D
EXP: 11/2023

12

D-CURE® AMPOULE

4 ampoules buvables

Cholécalciférol 25 000 UI
Vitamine D3



SMB

Importé par : Ergo Maroc
Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc
AMM N° : 279/20dmp/NR0d

Composition:
Cholécalciférol 25 000 UI
Excipients : 1ml
Indications, posologie, mise en garde spéciales :
Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver :
- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 25°C.
- Hors de la portée des enfants.
- Préservez la date de péremption.
- Préservez la date de péremption.

4 آمولات للشرب

كوليكالسيفيرول وحدة بولية
D3 فيتامين



Ergo Maroc
Solution huileuse buvable
محلول زيتي للشرب

D-CURE® AMPOULE

SMB



6 118001 320080

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

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalficérol 100 000 UI
Vitamine D3

Importé par :

Ergo
maroc

Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca. Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP



SMB

Composition :

Principe actif :

Cholécalficérol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بإعني الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :
اقرأ النشرة جيداً قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علته الأصلية بعيداً عن الضوء و في درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.
- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية
فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

0
Non remboursable



Fabriqué par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.

39 rue du Parc Industriel,

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6118001320103

07,87

DIAMICRON® 60 mg cliclazide

30 Comprimés sécables à libération Modifiée



احترموا التعليمات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة لا يصر في ألا يوجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



07,87

DIAMICRON® 60 mg cliclazide

30 Comprimés sécables à libération Modifiée



احترموا التعليمات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

قائمة لا يصر في ألا يوجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

Maroc

SERVIER MAROC



DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



PH SAWMAAT HASSAN
MR TAIEB BOUZIRI
1 RUE RIAD HASSAN
RABAT

MR OULADA MHAMED

Taxe Profes. N°: 25100607

N° R.C. : 129969

N° CNSS : 1565475

N° ID.F. :

N° ICE 001962267000094

Tel : 0537720250

Fax

Le : 20/05/2022

FACTURE N°: 6217

Qté	Désignation	Prix	TVA	Montant
3	CARDIOASPIRINR 100MG 30 CP	27,70	7	83,10
5	CARDURA 2MG /30 COMPS	106,70	7	533,50
1	DIAMICRON 60MG /30 CPS	44,70	7	44,70
1	DIAMICRON 60MG /60 CPS	78,70	7	78,70
6	DOLIPRANE 500MG GELULES.16	15,30	7	91,80
5	ESIDREX COMPS.20	30,60		153,00
3	HYPERIUM 1MG COMPS.30	113,50		340,50
3	LD NOR 10MG /30 CPS	57,80	7	173,40

TVA 7%: 65.76

Total : 1 498,70

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT DIX HUIT DIRHAMS ET SOIXANTE DIX
CTS

Pharmacie Sawmaat Hassan
Taieb Bouziri
Place de l'Unité Africaine - Rabat
Tel: 05 3772 02 50



Prélevé le : 25/05/2022 Edité le : 26/05/2022
Dossier N° : 2220525-0023 ROYAL AIR MAROC
MUPRAS

CASABLANCA ANFA

Mr OULADA Mhamed

Dr OHAYON AFERIAT

Patient né(e) le : 01/01/1932 Sexe: M

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération globulaire

HEMATIES	4.67	Millions/mm3	(VR:4.40 à 6.50)	09/11/2021 : 4.49
Hémoglobine	14.5	g/100ml	(VR:13.0 à 18.0)	13.3
Hématocrite	43.4	%	(VR:41.0 à 55.0)	39.9
VGM	92.9	μ3	(VR:76.0 à 96.0)	88.9
TGMH	31.0	pcg	(VR:27.0 à 32.0)	29.6
CGMH	33.4	%	(VR:32.0 à 36.0)	33.3
LEUCOCYTES	5.3	Milliers/mm3	(VR:4.1 à 11.1)	09/11/2021 : 5.8

Formule leucocytaire

Poly. Neutrophiles	41.7	%	2 210 /mm3	(VR:2 000 à 7 500)	1 815
Poly. Eosinophiles	5.5	%	292 /mm3	(VR: < à 400)	249
Poly. Basophiles	0.6	%	32 /mm3	(VR: < à 150)	29
Lymphocytes	43.6	%	2 311 /mm3	(VR:1 500 à 4 000)	3 161
Monocytes	8.6	%	456 /mm3	(VR: < à 1 000)	545

Numération plaquettaire

PLAQUETTES	268	Milliers/mm3	(VR:150 à 400)	09/11/2021 : 256
------------	-----	--------------	----------------	------------------

Frottis sanguin : Normal

VITESSE DE SEDIMENTATION

Première heure	13	mm	(VR:1 à 10)	25/07/2020 : 15
Deuxième heure	30	mm	(VR:6 à 20)	34
Indice de Katz	14.0			16.0

BIOCHIMIE SANGUINE

ASPECT DU SERUM

Serum limpide

GLYCEMIE à jeun

1.08 g/l

(VR:0.74 à 1.10)

09/11/2021 : 1.14

Colorimétrie enzymatique à 37°C

6.0 mmol/l

(VR:4.1 à 6.1)

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INRE : 107464048
Laboratoire du Maghreb

TSVP



Mr OULADA MHAMED
Dr OHAYON AFERAT

Dossier N° **22205250023**

Page :3

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES ASAT-TGO Enzymologie	15 U/l	(VR: 5 à 35)	09/11/2021 : 19
TRANSAMINASES ALAT-TGP Enzymologie	13 U/l	(VR: < à 55)	09/11/2021 : 12

PROTEINES - MARQUEURS

PROTEINE C REACTIVE

CRP	1.7 mg/l	(VR: < à 10.0)	25/07/2020 : 2.7
-----	----------	----------------	------------------

FERRITINE

Taux	25.0 ng/ml		21/02/2017 : 26.0
Immuno Chimie Luminescence			

Valeurs de référence

Nouveau né	50-400	ng/ml
<1mois	90-600	ng/ml
1-2mois	140-400	ng/ml
2-6 mois	40-250	ng/ml
6mois-15 ans	15-100	ng/ml
Homme	30-300	ng/ml
Femme	20-200	ng/ml

MARQUEURS ANTIGENIQUES

ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE

P.S.A.	37.90 ng/ml	(VR: < à 4.00)	05/05/2021 : 35.90
Immuno Enzymo Microparticulaire			

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INPE : 107164048
Laboratoire du Maghreb