

## 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° W19-421183

14/1655

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8612 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed AGOUZOU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2022

Nom et prénom du malade : Mohamed Agouzou

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

Nature de la maladie : Prothèse

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) :

Dr. ZAOUAK Racem  
Pneumo-allergologue  
91, Rue Liberté - Casablanca  
GSM: 0661 17 76 26 - Tél: 0522 44 5204

ACCUEIL  
21 DEC. 2022  
MUPRAS  
H. H. H. H.



### 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
14/11/2022		32		INP : 0191140483

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie A. EL YOUSSEF 41, Bd Idriss 1er Casablanca Tél. 0322 30 79 18	14/11/2022	295,50

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Kacem ZAOUAK

C.E.S DE PNEUMOLOGIE

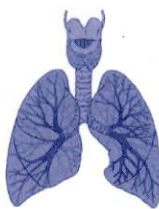
D.U. D'ALLERGOLOGIE

**SPÉCIALISTE**

MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES

RONFLEMENT - APNÉES DU SOMMEIL

DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX



الدكتور قاسم الزواق  
إختصاصي

أمراض الجهاز التنفسي و أمراض الحساسية  
الشخير - انقطاع التنفس بالليل  
خريج جامعة بوردو

Casablanca, le : 14/11/14 : الدار البيضاء في :

pharmacie ATLAS  
صيدلية أطلس

Dr. Ibtissam LYOUBI  
41, Bd. Brice 1er Casablanca  
Tél: 0522 30 79 18

S.V

S.V

pharmacie ATLAS  
صيدلية أطلس  
Dr. Ibtissam LYOUBI  
41, Bd. Brice 1er Casablanca  
Tél: 0522 30 79 18

S.V

Dr. ZAOUAK Kacem  
pneumo-allergologue  
Rue Liberté - Casablanca  
Tél: 0522 44 52 84

المستعجلات : 06 61 17 76 26 - Urgences : الهاتف : 05 22 44 52 84

91 زنقة الحرية الطابق 4 الشقة 12 - بنجدية أمام عمارة 17 طابق - الدار البيضاء  
91, Rue Liberté, 4 étage, apt 12 - benjdia à côté de l'immeuble 17 étages casablanca  
E-mail : Zaouak@hotmail.com



PPV 157DH00  
LOT 1D0292  
EXP 02/2024

LEVAMOX® 1g/125mg 16 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

أموكسيسيلين + حمض كلافولانيك  
1 غرام / 125 ملغ  
16 قرصا فائرا

Laprophon  
للـروفر الـم

FORMULE:

Amoxicilline  
(sous forme trihydrate) 1 g  
Acide clavulanique 125 mg  
(sous forme de clavulanate de potassium)  
Excipients q.s.p.  
Rapport Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1  
Cette boîte contient 16 g d'Amoxicilline et 2 g d'Acide clavulanique  
AMM N° 245/20DMP/21

Excipients à effet notoire : Aspartam - Sodium - Potassium.

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS : Voir notice.  
POSOLOGIE : Se conformer à la prescription du médecin.

Tube à conserver bien fermé à une température ne dépassant pas 30°C et à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

LEVAMOX®  
Amoxicilline+Acide Clavulanique  
1g/125 mg

16 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

Laprophon  
للـروفر الـم

دواحي الاستعمال - موانع الاستعمال : انظر النشرة.  
الاحتياطات : حسب إرشادات الطبيب

يجب حفظ الأنبوب مغلقا في درجة حرارة لا تتعدى الـ 30 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

Laprophon  
للـروفر الـم

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ARRIÈRE DU NORD - 21 rue des Courvaux - CASABLANCA - MAROC

تركيبه الدوائي:

أموكسيسيلين (على شكل تري-هيدرات) ..... 1 غ  
حمض كلوفولانيك (على شكل كلوفولات البوتاسيوم) ..... 125 ملغ  
المواد: ..... ما يكفي القدر واحد فائز

نسبة الأموكسيسيلين / حمض كلوفولانيك : 8/1

تحتوي هذه العلبة على 16 غ من الأموكسيسيلين و 2 غ من حمض كلوفولانيك.  
البيانات الواردة بالعلبة بالأسفل: الأسماء - المصاديق - التواريخ  
مختار المستحضرات الصيدلانية لمسان الرباط - 21

LEVAMOX®  
16 comprimés effervescents 1g/125mg  
6 118000 032885

ICEMCO

110618F56374E110920

# كوبريد

بريدنيزولون

20 ملغ

عن طريق الفم

قرصا فوار 20

PHARMA 5

Lire la notice attentivement avant utilisation  
A conserver à l'abri de l'humidité  
Reboucher soigneusement le flacon après  
chaque prise  
Ne pas laisser à la portée des enfants

اقرأ النشرة بثنائي قبل الإستعمال

يحتفظ بهذا الدواء بعيدا عن الرطوبة

أغلق بعناية الفارورة بعد كل إستعمال

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال

Liste I

Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites  
احترم المقادير المعينة

Laboratoires Pharma 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc  
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

9

LOT : 9695  
PER : 06-25  
P.P.V : 36 DH 40

20 Comprimés effervescents

Voie orale

20 mg

Kopred®  
Prednisolone

Kopred®  
Prednisolone

20 mg

Voie orale

20 Comprimés effervescents

PHARMA 5

40x40x65

## Composition

Prednisolone.....20 mg

(sous forme de métsulfobenzoate de sodium)

Excipients q.s.p...1 comprimé effervescent

Excipients à effet notoire : Lactose, sodium

التركيب :

بريدنيزولون.....20 ملغ

(على شكل ميتسلفوبنزوات صوديوم)

سواغ كمية كافية.....قرص واحد فوار

سواغ ذات تأثير معلوم : اللاكتوز، الصوديوم

1	☀	☀	☾
Durée	Matin	Midj	Soir

AMM : 375/16 DMP/21/NCN

Kopred® 20 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094586

Fleximat

0.05%

Chaque actionnement de la pompe doseuse délivre environ 100 mg de suspension de Furoate De Mométasone contenant du Furoate de mométasone monohydraté équivalent à 50 microgrammes de furoate de mométasone. Excipient à effet notoire: Chlorure de benzalkonium

**A conserver à une température ambiante (15-30°C)**  
**Ne pas congeler.**  
Bien agiter avant utilisation. A utiliser sur prescription médicale.

**Tabunex®**

Furoate De Mométasone

Suspension pour pulvérisation nasale

tabuk

Fabrique par  
Tabuk Pharmaceutical Mfg Co.,  
Riyad PO BOX 3863  
Tabuk- Arabie Saoudite  
Distribué par  
Zenith Pharma  
Zentipharma 96, Zone  
Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maro  
Dr. Mohamed EL BOUMALDI  
Pharmacie Responsable

AMM N° 11 dmp/NRQD  
Tabu (Lise I)

Pour plus d'information  
Tenir hors de la portée des  
enfants.  
Consulter la notice intérieure

تيهك

تايونيكس  
مومتازون فيورات الألف  
بخاخ مائي الألف  
120 جرعة

6 118001 271276  
Tabunex 0.05%  
Furoate De Mométasone Anhydre  
120 Pulvérisations Boîtes

Ne pas dépasser la dose prescrite  
2 jours avant l'usage

موزع من طرف  
Zenith Pharma  
التيهك  
موزع من طرف  
التيهك  
موزع من طرف  
التيهك

الحصول (التيهك)  
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال  
المزيد من المعلومات انظر النشرة الداخلية  
المرفقة  
رجح حقا قبل الاستخدام  
يحفظ بعيدا عن النجم  
يحفظ في درجة حرارة الفريجة (15-30°C)  
سواء في تاريخ الانتهاء أو تاريخ الصلاحية

مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف  
مومتازون فيورات الألف

42857/R43

N° Lot : 1UW753  
Fab : 10/2021  
Per : 10/2024

PPV : 102,10 DH