

## 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

M22- 0011152

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3560 Société : RAM 143973  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OUBIBI MOHAMED  
Date de naissance : 01.01.1949  
Adresse : 38, lot ESSATA, ET 2, APT 2, OULFA/ASA  
Tél. : 0663707545 Total des frais engagés : 570,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2022

Nom et prénom du malade : OUBIBI MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyslipidémie + colésterol élevé

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 : ASA

Le : 03/01/2023

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
26/12/2022			15900	

INPE: 092010576

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدانية النية</p> <p>PHARMACIE AN-NIA</p> <p>otissement Assaf - Imm 18, 4A - Oufé</p> <p>ablanca - Tél: 0522 93 46 77</p>	26/12/2022	<p>صيدانية النية</p> <p>PHARMACIE AN-NIA</p> <p>otissement Assaf - Imm 18, 4A - Oufé</p> <p>ablanca - Tél: 0522 93 46 77</p>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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																						
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI

Omnipraticien.æ

Diplômée en échographie

Diplômée en Gynécologie

Suivi de grossesse et Infertilité

de l'université de Bordeaux



الدكتورة أسماء فائق السعودي

طبيبة (رجال - نساء - أطفال)

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

شهادة طب النساء متابعة الحمل

صعوبات الإنجاب و العقم

من جامعة بوردو فرنسا

## Ordonnance

Casablanca, le .....

26/12/2022

MOHAMMED OUBIBI

79,00  
1)

Carboflores

2 - 0 - 2

49,20  
2)

Voltfast

antp

14,20  
3)

Cefalie (2B)

0 - 0 - 1 x

98,00  
4)

Zamox

gpr. gpr

PHARMACIE AN-NIA  
Oussemment Assafa Imm 18, 4A - Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 89 41 42

22,80

Atipul 2g

3 x 2 gpr x 2 gpr

PHARMACIE AN-NIA  
Oussemment Assafa Imm 18, 4A - Oulfa  
Casablanca - Tél: 05 22 89 41 42

4,20

Penicilline

15 x 2 gpr

إقامة اليسر GH 1B، عمارة 07 شقة رقم 1 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفة - البيضاء - الهاتف : 05 22 89 41 42

Lot. AL YOUSUR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42

# ZAMOX®

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

## Adulte

### Composition :

Amoxicilline..... 1 g

(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique..... 125 mg

(sous forme de clavulanate de potassium)

Excipients à effet notoire : Potassium, Saccharose, Sodium.

Mise en garde spéciale : risque d'allergie

AMM N° 720/16 DMP/21/NRQ

**ZAMOX® Adulte**

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125mg

16 SACHETS



6 118000 041160

# زاموكس

أموكسيسيلين - حامض كلافيلانيك

1g / 125 mg

## الكبار

مسحوق لأجل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -

حامض كلافيلانيك : 1/8

16 كيسا

PPV: 116DHO0  
PER: 03-25  
LOT: L 1293





Fabriqué par le Laboratoire pharmaceutique NOVOPHARMA  
sous licence «L'Homme de Fer»



Maux de tête, migraines, nevralgies, état grippal ou fièvre,  
douleurs rhumatismales, maux de dents, douleurs pendant les règles.

Poudre orale - 10 sachets

سلفين

HAUTH

**CEFALINE**  
ou paracétamol

Formule: Paracétamol 0,500g, Caféine 0,050g. Excipient qsp 1 sachet.  
Excipient à effet notoire : Lactose.

**POSOLOGIE:**

Adultes et enfants à partir de 15 ans : 1 à 6 sachets par 24 heures.  
Lire attentivement la notice se trouvant à l'intérieur.

**CEFALINE** HAUTH 500mg 

Poudre orale - 10 sachets



6 118000 140139

*Siberson*

LOT : 507  
PER : 06/27  
PPV : 14,20 DH

ADSP N : 14DMP/21/NRQ

ETLCEF01 V01



® **كوتبرد**

بريدنولون  
(ميتاسلفوبنزوآت صوديوك)

**20 ملغ**

20 قرصا فوارا  
قابلا للكسر



**Formule :**

Prednisolone ..... 20 mg (sous forme de métsulfobenzoate sodique)

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

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métsulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

**PPV: 40DH00**

**PER: 09/25**

**LOT: L3105**

**b**

بوتو

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

**Cotipred®**

**prednisolone**

(métsulfobenzoate sodique)

**20 mg**

20 comprimés effervescent  
sécables



سكرا ٢٠  
٢٠ قرصا فوارا

(ميتاسلفوبنزوآت صوديوك)

® **كوتبرد**

08 2022  
07 2024  
NMPA3MN

MFD / EXP / LOT

**Voltfast® 50 mg**

Diclofenac de potassium

Analgésique,  
anti-inflammatoire

 **NOVARTIS**



6 118001031016

**VOLTFAST® 50 mg**

Poudre pour  
solution orale

PPV : 49.70 Dhs

**فولتفاست® 50 ملغ**  
ديكلوفيناك البوتاسيوم

مهدئ الألام ،  
مضاد الالتهابات

■ Poudre pour solution orale  
9 Sachets  
Par voie orale

مسحوق لمحلول للشرب  
9 أكياس  
عن طريق الفم

# CARBOFLORE-GS

## CONFORT INTESTINAL

■ Charbon végétal

■ Levure de bière

- Adsorbe les toxines et les gaz intestinaux
- Rétablit le confort intestinal

Programme de 7 jours

30 Gélules

GÉNÉRATION  
SANTÉ  
Laboratoires Pharmaceutiques



A consommer de préférence avant fin / Lot n° :

PPC : 79.50  
LOT:0421116  
DP:07/2024

**CARBOFLORE-GS**

كاربوفلور-جس

CONFORT INTESTINAL

Produit fabriqué en France par :  
Laboratoire Technologique d'Extraction Végétale  
Le Chancolan - 69 770 LONGESSAIGNE  
pour les Laboratoires Génération Santé  
7, Bd Moulay Youssef - Casablanca - Maroc



# Voltfast® 50 mg

Diclofenac de potassium

فولتفاست® 50 ملغ  
ديكلوفيناك البوتاسيوم

 NOVARTIS

Site de fabrication : المصنع

Mipharm SPA  
Via B, Quarana 12,  
I 20141 Milano – Italy

Titulaire de l'AMM:

صاحب الرخصة  
Novartis Pharma Maroc S.A. 82,  
Bd Chefchaoui,  
Q.I Ain Sebba 20 590 Casablanca –Maroc.

# Voltfast® 50 mg

Diclofenac de potassium

9 Sachets

فولتفاست® 50 ملغ  
ديكلوفيناك البوتاسيوم  
9 أكياس



رينوميцин®  
RINOMICINE®

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

رينوميцин®

04 72

مسحوق للتخضير الشرب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيرلاي صيدلي مسؤول

PPV: 98DH00  
PER: 05-25  
LOT: L 1686

مستحضر 12

مسحوق لأجل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم

الكمية

13/25/125

إموكسيسلين-حمض كلافولانيك

زموكس

**ZAMOX®**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1G / 125 mg

**Adulte**

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

12 SACHETS



# POSOLOGIE

• **Enfant de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) :** 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.

**Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.**

• **Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) :**

1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.

• **Adulte :** 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.

**Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.**

..... comprimés/prise  
..... fois/jour pendant ..... jours

AMM N° 554/15 DMP/21/NRQ

**DolipraneVitamineC\***

Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

16 comprimés effervescents



6 118000 041252

P P V 1 8 D H 0 0  
P E R 0 4 / 2 5  
L O T L 1 4 2 7  
S 1



**دوليببران فيتامين س®**  
بارا صيطامول 500 مغ + فيتامين س 150 مغ

الأوجاع والحمى

**b**  
بوتني  
م. الكازيمار بناس - عين الصبع - الدار البيضاء  
م. البشقي - عين بني مسعود

16 قرصا فوارا