

**5 IMPORTANTES A LIRE POUR  
RESEMENTS ET EVITER LES REJETS**

dûment renseigné.  
renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
cée à 3 mois à compter de la première consultation.  
toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,  
odontologie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi  
série.  
cisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de  
être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
facture de la pharmacie doit être jointe.

es analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être  
mande de remboursement.  
analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

scripteur est exigée avant le début des séances de

tuées sont à joindre à la feuille de soins.

sur la feuille de soins est

tous les 6



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**

**M23-005928**

151417

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4221 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BL Fadel Cohen

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 : ..... 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) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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 conseil de la mutuelle.  
Durée et renouvellement : tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mutuelle-air-maroc.ma  
Prise en charge : contact@mutuelle-air-maroc.ma  
Adhésion et changement de statut : contact@mutuelle-air-maroc.ma

MUPRAS garantit le respect de votre vie privée et le caractère personnel de vos données.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**  
**M23-000013**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11221 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : El Fadel Lehen

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BOUZIANE AZEDDINE**  
Chirurgie Générale  
Proctologie Coloproctologie - Echographie  
688, Bd. 2 Mars Maroc 11, Ain Chok - Casablanca  
Tél. 07 03 25

Date de consultation : 09/01/2023 Age : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur Abdominale

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) : .....



# 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
01/02/2022	CS		2.50	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		55.0160

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12-12-22	B94000	12400H

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ATTESTATION

VISA ET

BOC

NOTION

# Docteur Azeddine BOUZIANE

Spécialiste en Chirurgie Générale  
Spécialiste en Chirurgie Digestive  
Coeliouchirurgie - Chirurgie de la Thyroïde  
Proctologie - Echographie

# الدكتور عز الدين بوزيان

اختصاصي في الجراحة العامة  
اختصاصي في أمراض و جراحة الجهاز الهضمي  
الجراحة بالمنظار الداخلي - جراحة الغدة الدرقية  
جراحة المخرج - الفحص بالصدى

## ORDONNANCE

Dr. Bouziane  
Proctologie  
548, Bd. 2 Mars  
Proctologie - Echographie  
548, Bd. 2 Mars  
Casablanca, le 09.12.23

## Mme El Jamii Naima

Dr. Bouziane  
Proctologie  
548, Bd. 2 Mars  
Proctologie - Echographie  
Ain Chok - Casa

maniez cp 24

1 comprimé, matin et soir

i3-1 gel probiotic

1 gélule le matin avant (pendant 15 )

mezor 20

1 gélule le matin avant (pendant 14 )

carboxane cp

2 comprimés, 3 fois par jour

LOT 211965  
EXP 10/2023  
PPV 82.10DH

Dr. BOUZIANE Azeddine  
Chirurgie Générale  
Proctologie Coelio Chirurgie - Echographie  
548, Bd. 2 Mars Heddaouia II, Ain Chok - Casa  
Tél : 0522 87 03 25

LOT: 220347  
PER: 05/2025  
PPC: 79,50 DH



N° de Lot :  
Date de péremption :

094348  
09/2023



BI-FORMULE



ÉNERGIE & QUIÉTUDE  
SOMMEIL RÉPARATEUR

BOTANIC

Bi-formule = Mg(300mg), Vit.B1 (100%), Vit.B2 (100%), Vit.B6 (100%), Vit.B12 (100%), ES Mélisse.

40 CAPSULES  
VÉGÉTALES

Pour en savoir plus



Scannez moi

**COMPOSITION :**  
**Formule jour :** Oxyde de magnésium marin, cellulose microcristalline (E460), stéarate de magnésium (E470b) et dioxyde de silicium (E551), vitamine B12, B1, B6 et B2.  
**Formule nuit :** Oxyde de magnésium marin, cellulose microcristalline (E460), ES de mélisse, stéarate de magnésium (E470b) et dioxyde de silicium (E551), vitamine B12, B1, B6 et B2.  
« Complément alimentaire, n'est pas un médicament »

Un complément alimentaire ne remplace pas une alimentation variée et équilibrée.

**CONSERVATION :** à l'abri de l'humidité et de la chaleur (au dessous de 25°). Tenir hors de portée des enfants.

**MODE D'EMPLOI :** 1 capsule à avaler avec un grand verre d'eau.

\* Apport journalier recommandé, CEE 90-496

Valeurs nutritionnelles (analyses moyennes)	Formule jour (capsule blanche)	Formule nuit (capsule jaune)	AJR* pour Bi-formule
<b>Valeurs énergétiques :</b>			
K-calories	0.53	0.56	
K-joules	2.27	2.4	
Protéines	1.35 mg	3.1 mg	
Lipides totaux	2.67 mg	4.22 mg	
Glucides	0.13 g	0.128 g	
<b>Magnésium</b>	150 mg	150 mg	80%
<b>Vitamine B1</b>	0.55 mg	0.55 mg	100%
<b>Vitamine B2</b>	0.7 mg	0.7 mg	100%
<b>Vitamine B6</b>	0.7 mg	0.7 mg	100%
<b>Vitamine B12</b>	1.25 µg	1.25 µg	100%
Extrait de mélisse		60 mg	

**QUAND UTILISER ?**

- Apport nutritionnel inadéquat en magnésium ou en vitamines du groupe B
- Effort physique ou intellectuel intense.
- Petits stress quotidiens.
- Précordialgie.
- Croissance chez l'adolescent.

[www.maniez24.ma](http://www.maniez24.ma)

Grâce à sa bi-formule, ManiéZ24 aide à la fois à lutter contre les états de fatigues et à bien dormir.

**Formule nuit : Favorise l'endormissement.**

Contient en plus du magnésium et des vitamines du groupe B, l'extrait végétal de mélisse. De nombreux composants dans l'extrait de mélisse sélectionné, facilitant la détente, aident à l'endormissement et contribuent à un sommeil réparateur.

**PROPRIÉTÉS :**

**Formule jour : Lutte contre la fatigue passagère.**

Le magnésium aide à combattre et à surmonter les épisodes de fatigue passagère. Les vitamines B1, B2, B6 et B12 complètent son action en jouant un rôle clé dans le métabolisme de l'énergie, des équilibres neurologiques et neuromusculaires.

**DOSE RECOMMANDÉE :**

1 capsule blanche le matin et 1 capsule jaune au coucher. L'apport journalier recommandé ne doit pas être dépassé.

Durée recommandée de la supplémentation : 20 jours. À renouveler si nécessaire après 10 jours.

**BOITE DE 40 CAPSULES :** 572 mg/capsule.

**POIDS NET :** 22,9 g

**FABRIQUANT :** Phytéo Laboratoire, 11 Rue de Montbazou, 37260 Monts - France  
**DISTRIBUTEUR :** Botanic Pharma S.A.R.L., Lotissement ZAHRE II, Lot n°4,  
Sidi Maarouf, Casablanca, Maroc  
**Autorisation Ministère de la santé n° :** DA 20191405252DMP/200CA/MAV3

PCC: 119 OH



MANIÉZ 24

**Chaque gélule contient :**

i3.1 souches de probiotiques*	150 mg
Maltodextrine	186,6 mg
Dioxyde de silicium (E-551)	0,5 mg
Stéarate de magnésium (E-470b)	3,4 mg

**Constituants de la gélule :**

Hydroxypropylméthylcellulose (E-464); Dioxyde de titane (E-171).

**\* Trois souches différentes :**

*Lactobacillus plantarum* (CECT 7484), *Lactobacillus plantarum* (CECT 7485) et *Pedococcus acidilactici* (CECT 7483).

**Dose journalière recommandée et mode d'emploi :** 1 gélule par jour au moment du repas.

**Limites d'utilisation ou contre-indications :** Ne pas utiliser ce produit en cas d'hypersensibilité à l'un des composants. La prise des probiotiques n'est pas recommandée chez les personnes sévèrement immunodéprimées. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain. Conserver dans un endroit frais et sec à l'abri de la lumière et à une température inférieure à 25°C. Conserver hors de la portée des enfants. Ce complément alimentaire n'est pas un médicament.

Fabriqué par :  
ALIFARM S. A. Poligno Industriel  
"Els Xops" Nau 8, 08185 Llicà de Vall  
(Barcelone) - Espagne

Sous licence de :  
AB-BIOTICS S. A.  
Parc de recerca UAB Eureka Building  
Office P2M1 08193 Bellaterra  
(Barcelone) Espagne

Lot n° :  
Date d'expiration :

HA032  
03/2023

**Distribué par :**

Laboratoire SOTHEMA  
B.P. N°1 - 27182  
Bouskoura Maroc

Autorisation Ministère N° DA209171704245DMP/20UCAMANV2

**Probiotiques  
Complément alimentaire**

30 gélules

i3.1

FAVORISE L'ÉQUILIBRE  
DE LA FLORE INTESTINALE

Poids net : 13,07 g

Probiotiques  
Complément alimentaire

FAVORISE L'ÉQUILIBRE DE LA FLORE INTESTINALE

i3.1

30 gélules

PPC 270.00 DH



AB-BIOTICS