

## 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'Hor  
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° W21-780600

155800

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12717 Société : R.A.M

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : BADRI Abderrahim

Date de naissance : 01/02/1986

Adresse : Appt 11 km 5 Res WIAM - OULFA  
CASABLANCA

Tél. : 0664973216 Total des frais engagés : 725,2 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/03/2023

Nom et prénom du malade : BADRI ABDERRAHIM Age :

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

Nature de la maladie : AFFECTION O.R.

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 : CASABLANCA Le : 30/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
11/03/23	CS		4.25000	INP : 0511 216210

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CASA 20442 des Zairou Lot 33 Mag N° 2 H H Casablanca	17/3/2023	502,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

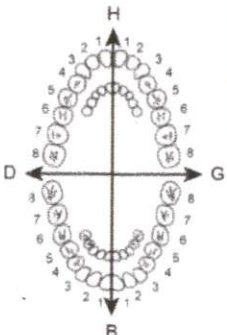
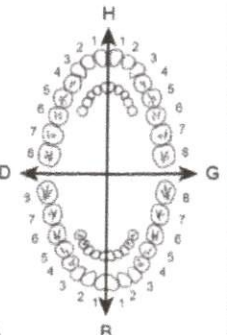
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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	INP : <input type="text"/>	
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <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. Sanae LRHAZI

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie et  
chirurgie cervico-faciale

Diplôme de vertige et troubles de l'équilibre  
surdité, Ronflement et Allergie ORL  
Acouphène, Pathologie de la voix,  
Go tre



د. سناء الغازي

إختصاصية

أمراض وجراحة الأذن الأنف الحنجرة  
جراحة الوجه والعنق

دبلوم علاج الدوخة واضطراب التوازن  
تشخيص وعلاج الصمم، الشخير والحساسية  
، طنين الأذن، اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية

## Ordonnance

Le : 17/3/23

Pr. Badri Abberahim

167,00

1) Lamox 5g S.V. 1 sachet

40,00

2) Cotipreb 200mg S.V. 30 comprimés

119,10

3) Risonel 1g S.V. 20 comprimés  
2 comprimés 2x / j de chap FN p t r  
2 comprimés 1x / j de chap FN p t r 1 mois



79,90  
4) Fitolax 810P **S.V** Cas α 31.  
96,20 **S.V** Alt 10 J  
⇒ Cetnaxal plus gte. 3 g H<sub>2</sub>O 21 J  
Alt 10 J  
T = 502,20

**Dr. Smaïl RHAZI**  
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
Bd. Abou Baker El Kadiri - Neim  
n° 7, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca

**PHARMACIE CABA MAZ**  
Res Zaim Lot 23 Mag N° 2  
HH Casablanca





24 SACHETS

Poudre pour suspension  
buvable en sachet

Adulte

16 / 125 mg

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**ZAMOX**®

**زاموكس**®

أموكسيسيلين - حامض كلافيلانيك

1 غ / 125 ملغ

الكبار



مسحوق لأجل  
محلول للشرب  
عن طريق الفم

نسبة الأموكسيسيلين -  
حامض كلافيلانيك: 1/8

24 كيسا

PPV: 167DH00  
PER: 01-26  
LOT: M352



20 comprimés  
effervescents  
sécables

(métsulfobenzate sodique)

**prednisolone**

**Cotipred®**

کو تبرد®

بردنزلون  
(میتا سلفوبنیزوات صودیک)

20 ملغ

20 قرصا فوارا  
قابلا للکسر



**Formule :**

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

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

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

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

PPV : 40DH00

PER : 02 / 26

LOT : M234

**b**

bottu s.a.  
62, Allée des Césaires - Ain Sebaï - Gabès  
Librairie - Pharmacie Responsable

100165  
05/14

**Cotipred®**  
**prednisolone**

(métsulfobenzate sodique)

20 mg

20 comprimés  
effervescents  
sécables

31x31x60

**Cotipred® 20 mg**  
20 comprimés effervescents sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

20

20 قرصا فوارا  
قابلا للکسر

(میتا سلفوبنیزوات صودیک)

کو تبرد®



# ريزونيل®

## 0.05%

عن طريق الأنف  
بخاخ للأنف  
فيرواات الموميطازون

المادة الفاعلة هي: فيرواات الموميطازون  
51,8 ميكروغرام كمية معادلة لـ 50 فيرواات  
الموميطازون جاف للجرعة الواحدة.

هذا الدواء يوجد تحت صيغة محلول للرش  
عبر الأنف علبة لـ 140 جرعة.  
الرشة الواحدة تصدر جرعة واحدة من قيمة  
50 ميكرو غرام من فيرواات الموميطازون  
الجاف.

هذا الدواء يحتوي على كلورور  
البينزلكونيوم، الفليسرين.  
يتعين الاحتفاظ به في درجة  
حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.  
رج العبوة جيدا قبل كل استعمال.

يحتفظ بعيدا عن متناول  
ومرئ الأطفال.

### Fabricant:

Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş.  
Sanayi Mah. Tunç Cad. No:3  
Esenyurt / İstanbul / Turkey



6 118001 040674

غ- 18



bottu s.a.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



bottu s.a.

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

N° du Lot

2 2 1 0

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

arset

2



# فيتوراكس<sup>®</sup>

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات  
طبيعية وزيوت أساسية  
+ فيتامين C

للکبار

لراحة  
المسالك التنفسية  
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل



مكوّن من  
مستخلصات  
طبيعية

200 مل

MEDIPRO  
PHARMA



8 032578 479515

Lot :  
À consommer  
avant le :

221001

12/2025

PPC : 79,90 DH



427164-01



Voie auriculaire

Ciprofloxacin /  
flucinolone  
acétoneCetraxal® plus  
3 mg/ml + 0.25 mg/ml  
Solution pour instillation auriculaire

12

## Composition :

Chaque millilitre de solution contient 3 mg de ciprofloxacin (sous forme chlorhydrate) et 0.25 mg de flucinolone (sous forme d'acétone).  
Excipients : parahydroxybenzoate de méthyle (E218), parahydroxybenzoate de propyle (E216), povidone-K-90-F, ether monodéthylique de diéthylène-glycol, glycerol-26, acide chlorhydrique (E507), hydroxyde de sodium (E524), eau purifiée.

Excipients à effet notoire : parahydroxybenzoate de méthyle, parahydroxybenzoate de propyle.  
Pour plus d'information : consulter la notice interne.

A conserver à une température inférieure 30°C.  
Ce médicament ne doit pas être utilisé plus d'un mois après son ouverture.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Cetraxal® plus

3 mg/ml +  
0.25 mg/mlSolution pour  
instillation  
auriculaireCiprofloxacin /  
flucinolone  
acétone

Voie auriculaire



Flacon de 10 ml

at

## التركيب :

يحتوي كل مليلتر من المحلول على 3 مغ من سيروفلوكساسين (على شكل هيدروكلوريد) و 0.25 مغ من فليوكينولون (على شكل أسيتونيد).

المكونات : باراهيدروكسي بنزوات الميثيل (E218)، باراهيدروكسي بنزوات البروبيل (E216)، يوفيدون-K-90-F، ثنائي إيثيلين جليكول أحادي إيثيل إيد، جلسيريت 26، حمض الهيدروكلوريك (E507)، هيدروكسيد الصوديوم (E524)، ماء مصفى.

سواغات ذو تأثير فعال : باراهيدروكسي بنزوات الميثيل، باراهيدروكسي بنزوات البروبيل.

للمزيد من المعلومات: انظر النشرة المرفقة.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

لا ينبغي استخدام هذا الدواء أكثر من شهر من بعد فتحه.

يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

سيتراكسال<sup>(م)</sup> بليس

3 مغ / مل +

0.25 مغ / مل

محلول

للتقطير في الأذن

سيروفلوكساسين /

فليوكينولون

أسيتونيد

عن طريق الأذن

قارورة من فئة 10 مل



Salvat

LOT N° :

PER :

S 287

07/2024

FAB :

07/2022

terror

T 2203