

## 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° W21-790880

15 9692

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12877 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HASNI NAJOUA

Date de naissance : 11/02/1988

Adresse : RES GARDENIA IMMO 2ème étage VICTORIA  
OUED SALEM

Tél. : 0621309056 Total des frais engagés : 415,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17.04.2023

Nom et prénom du malade : EL HASNI NAJOUA Age :

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

Nature de la maladie : Douleur de la cheville

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 : 15/04/23

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
17/06/25	C1		2000 DH	INP : 099771330 الدكتور اكرم الفلاحي طبيب العام، طب المصحات شماره 1 الدائرة الصحية 1

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL HADJI S. EL</p> <p>Dr DIANI Abdelfatah</p> <p>N°600 LOTS HAMPA 2 AV AL QODS</p> <p>AIN CHOCK CASABLANCA</p> <p>SM 0663 43 37 47- FAX 0808 57 15</p>	14/06/2023	215.50

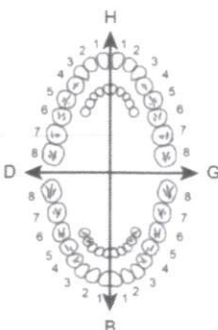
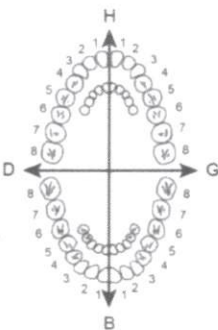
[illegible][illegible]

# 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Akram EL FARISSI

Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence

Echographie - Electrocardiogramme

الدكتور أكرم الفاريسي

طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات

الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca le : ..... 17 AVE 2023

**Ordonnance**

Mme EL HASNI NAJOUA

DUOXOL 500/2 MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOÎTE DE 20

2 cp x 2/jr pendant 5 jours

MEFSAL 15 MG COMPRIMÉ SÉCABLE BOÎTE DE 10

1 cp / jr pendant 10 jours

RANCIPHEX 20 mg cp

1 cp /jr pendant 2 semaines

FENAC 1% GEL DERMIQUE TUBE DE 50 G

1 app x 3/jr pendant 10 jours

carboplus cp

1 cp x 3 / jr pendant 10 jours

05 22 52 26 67

en cas d'urgence

06 60 70 91 21

05 22 21 87 78

إقامة الفتاح 1 - الدرج 30 - الطابق الأول شقة رقم 4 ، شارع القدس  
حي مولاي عبد الله ، عين الشق - أمام مقهى كنوز - الدار البيضاء



contact@dr-elfarissi.com



www.dr-elfarissi.com



#### Mode d'administration et posologie :

Voie orale.

Se conformer à la prescription médicale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation

AMM N° : 270/19DM/P21NRO

طريقة الاستعمال و الوصفة :

عن طريق الفم.

يجب الابتثال الوصفة الطبية.

لا يترك في متناول الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.

يجب قراءة النشرة قبل الاستعمال.

Respecter les doses prescrites

LISTE I

Uniquement sur ordonnance

04

علبة من 20 قرصا

37,00

**DUOXOL**  
Paracétamol X Thiocolchicoside

**500 mg / 2 mg**  
Voie orale

**Boîte de 20 comprimés**

**POLYMÉDIC**

#### Composition :

Paracétamol..... 500 mg

Thiocolchicoside..... 2 mg

Excipients :..... q.s.p..... 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Amidon de blé - lactose.

EPI titulaire d'AMM au MAROC et fabricant :

**POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Irville Quartier Asalaane

Casablanca - Maroc

Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable

**DUOXOL 500mg / 2mg**

**20 comprimés**



6 118000 1120735

**ديوكسول**

باراسيتامول / ثيوكلوكسيكوزيد

**500 ملغ / 2 ملغ**

عن طريق الفم

بوليمديك

علبة من 20 قرصا

**ديوكسول** 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés

C91499-05  
ACV0100073-05

05/2018-C

**Composition:**  
 Rabéprazole sodique (DCI) ..... 20 mg  
 Excipients q.s.p. un comprimé.  
 Indications, Contre-indications, Posologie  
 & Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.  
 Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
 A conserver à une température ne dépassant pas  
 25°C, à l'abri de l'humidité.

PPV: 64 DH 50

التركيبية:  
 رابيرازول الصودي ..... 20 ملغ  
 الأسوية كمية كافية لكل قرص.  
 الإرشادات العلاجية، موانع الاستعمال، الجرعة  
 واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.  
 يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.  
 يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية،  
 بعيدا عن الرطوبة.

5186188

**Ranciphex®**  
 Rabéprazole sodique

**رانسيفيكس®**  
 رابيرازول الصودي

**RANCIPHEX® 20 mg** ○  
 14 comprimés gastro-résistant  
 Voie orale



6 118 001 300792

14 Comprimés  
 gastro-résistants  
**20 mg**

10  
8  
6  
4  
2  
1  
21  
3  
7  
5  
4

Importé par :  
**SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC**  
 169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca.

Fabriqué par:  
**SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED**  
 Paonta Sahib, Dist. Sirmour,  
 Himachal Pradesh, Inde.

CODE No.:  
 HP/DRUGS/MNB/95/2

**20 ملغ**

**14 قرصا مقاوما**  
**لحموضة المعدة**  
**عن طريق الفم**

Médicament Autorisé N°: 525/17 DMP/21/NRS

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احترم الجرعات المحددة

Tableau C (Liste II)

09  
ATFAH

Extrait Naturel - Comprimés à croquer ou à avaler

# CARBOPOLUS® Confort Digestif

Certificat N°: DA20201805061DMP/20UCA/MAV3

0301554  
CRBP-V-03



## Digestive Comfort

Natural Extract - Chewable or swallowable tablets

# CARBOPOLUS®

30 comprimés de /  
30 tablets of 630 mg  
Poids net/ Net weight:  
18,90 g

**Conseils d'utilisation /**  
**Suggested use:** Avaler ou  
croquer 1 à 2 comprimés  
avec un peu d'eau après le  
repas, dès les premiers  
désagréments. Ne pas  
dépenser 4 comprimés par  
jour. / Chew or swallow one  
to two tablets with little water  
after the meal as soon as the  
first symptoms appear. Do not  
take more than 4 tablets a day.

## Bloating & Intestinal Gas

The charcoal, used in case of intestinal gas, promotes digestive comfort.

## Activated vegetable charcoal

## + Fennel extract



PPC:75,00 DH

V002-ETCARB30CPMCP



9

730097.02.21

Ce produit n'est pas un  
médicament mais un  
complément alimentaire à  
base de charbon végétal et  
de fenouil. / This product is  
not a medicine but a food  
supplement with plant  
charcoal and fennel.

MC Pharma  
Lot Bachou, rue 2, lot 10  
Casablanca - Maroc  
Pharmacie Responsable: OAMOTI

Fabriqué en UE  
Made in EU

ERIC FAVRE WELLNESS  
69770 Longessaigne

Health Products by Nature

À consommer de préférence avant tin /

Best before :

Lot n° / Batch n°:

757.204  
01-18

Uniquement sur ordonnance

Tableau A (Liste I)

لا يسلم إلا بوصفة طبية

جدول (اللائحة 1)

احفظها في مكان آمن  
لا تشاركها مع الآخرين



**COOPER**  
PHARMA

41, Rue Med Diouri, 20 110 Casablanca  
Amina DAOUDI : Pharmacien responsable

IDEMCO

39,00

15 ملغ  
عن طريق الفم



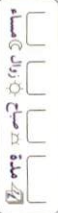
أفراص قابلة للكسر

10x

6 118000 082019



MEFSAL® 15 mg  
10 comprimés sécables



**COOPER**  
PHARMA

**MEFSAL®**



15 mg  
avec sucre

Comprimés sécables 10x