

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.



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

Declaration de Maladie

N° W21-797329

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9453 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUMMIS MOHAMED / 160893
 Date de naissance : 23/06/65
 Adresse : 59 résidence Le Club N°42 3° etg
 Tél. : 0636207519 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 15/04/2023
 Nom et prénom du malade : OUMMIS MOHAMED Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Digestive
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

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
15/04/23	CS	2500		
28/04/23	CS	1500		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.04.23	458.60
	28.04.23	1050.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15.04.23		458.60
	28.04.23		1050.60

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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif

(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضوان

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

28/04/2023

Casablanca

Nom : OUMMISS MOHAMED

- EUZOL 40 mg
1gel*2/j demi heure avant petit dej
au coucher

pdt 14 jours

- ZYRDOL 500 mg
1 cp *2/j apres repas

pdt 14 jours

- C-BAC 500 mg
1 cp*2/j apres repas

pdt 14 jours

- DISPAMOX 1 g
1 cp*2/j apres repas

pdt 14 jours

- LEVENTEROL 250 mg
2 gel *2/j avant repas

pdt 14 jours

puis :

- EUZOL 20 mg
1 gel/j demi heure avant petit dej
pdt 4 sem.

Pharmacie HIND
Lot Municipal Bloc 11
N°516 Bs Hay Hassani
Casa - Tél: 0522 914 457

Dr. Omar BENREDOUANE
Hépatogastro-Entérologie
Proctologie Médicale et Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC
Hay Hassani, Casa - Tél: 05 22 90 93 93
0 9 1 1 9 3 0 5 2

Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani

مستعجلات: 06 63 61 37 41 Urgences: الهاتف: 05 22 90 93 93

مستعجلات: 06 63 61 37 41 Urgences: الهاتف: 05 22 90 93 93

أوزول

إزومبرازول



ملغ 40



كبسولة
عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

PHARMA 5

LOT : 2557
PER : 08-25
P.P.V : 216 DH 00

زیردول®

میترونیدازول

500 ملغ



20 قرصا ملففا

لاربروفان

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00

EXP 08/2025
LOT 26068 2

زيردول®

ميترونيدازول

500 ملغ



20 قرصا ملففا

للبروقالان

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00

EXP 08/2025

LOT 26068 2

500 مغ

C-BAC® 500 mg
Clarithromycine
14 comprimés enrobés



PROMOPHARM S.A.



سي-باك[®]

كلاريترومييسين

عن طريق الفم



14 قرص ملبس



پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.

132,000



500 مغ

C-BAC® 500 mg
Clarithromycine
14 comprimés enrobés



PROMOPHARM S.A.



سي-باك[®]

كلاريترومييسين

عن طريق الفم



14 قرص ملبس



پروموفارم ش.م.
PROMOPHARM S.A.

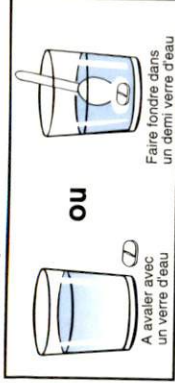
132,00



N° lot :
Fab :
Per :
PPV :

4

Mode d'emploi



NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS

لا يترك في متناول الأطفال

POUR LES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :
VOIR NOTICE

للمعلومات الإضافية : أنظر النشرة

DISPAMOX® 1g ○

14 comprimés dispersibles



le Laboratoire Pharmaceutique

NOVOPHARMA

Z.I. 1, Tit Mellil Casablanca

المختبر الصيدلي

نوفوفارما

م. ص. 1، تيط مليل - البيضاء

LOT : 21939
PER : 11/24
PPV : 64, 10 DH

A conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$, à l'abri de l'humidité.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، بعيداً عن الرطوبة.

AMM N° : 58DMP/21/NRQ

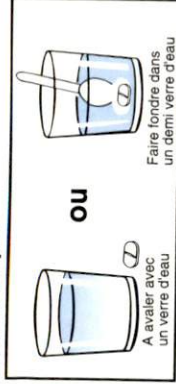
Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A Liste I

N° lot :
Fab :
Per :
PPV :

4

Mode d'emploi



NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS

لا يترك في متناول الأطفال

**POUR LES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :
VOIR NOTICE**

للمعلومات الإضافية : أنظر النشرة

DISPAMOX® 1g ○
14 comprimés dispersibles



6 118000 140146



le Laboratoire Pharmaceutique

NOVOPHARMA

Z.I. 1, Tit Mellil Casablanca

المختبر الصيدلي

نوفوفارما

م. ص. 1، تيط مليل - البيضاء

LOT : 21939
PER : 11/24
PPV : 64, 10 DH

A conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$, à l'abri de l'humidité.
يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية، بعيداً عن الرطوبة.

AMM N° : 58DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A Liste I

LÉVENTEROL®

Sacharomyces boulardii 250 mg

Standardisé à au moins 20 milliards de cellules vivantes
(20X10⁹ CFU/g)

ISIO
LABORATOIRES



20 Gélules

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Tenir hors de la portée des enfants. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.



6 111255 870325

LÉVENTEROL®



A consommer de préférence
avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

79,80 DH
Lot : B2304401
Per : 01-2026

LÉVENTEROL®

Saccharomyces boulardii 250 mg

Standardisé à au moins 20 milliards de cellules vivantes
(20X10⁹ CFU/g)

ISIO
LABORATOIRES



20 Gélules

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Tenir, hors de la portée des enfants. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.



6 111255 870325

LÉVENTEROL®



A consommer de préférence avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

79,80 DH
Lot: 82304401
Per: 01-2026

LÉVENTEROL®

Saccharomyces boulardii 250 mg

Standardisé à au moins 20 milliards de cellules vivantes
(20X10⁹ CFU/g)

ISIO
LABORATOIRES



20 Gélules

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Tenir, hors de la portée des enfants. Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Les compléments alimentaires ne doivent pas être utilisés comme substituts d'un régime alimentaire varié.



6 111255 870325

LÉVENTEROL®



A consommer de préférence avant fin :
Lot N° :
Voir ci-contre

79,80 DH
Lot: 82304401
Per: 01-2026

Composition :

Esoméprazole (sous forme d'ésoméprazole
magnésium trihydrate) 20 mg
Excipients q.s.p 1 gélule
Excipient à effet notoire : saccharose

AMM : 314/16DMP/21/NNP

Euzol® 20mg
28 Gélules



6 118000 095347

70x35x140

التركيب :
إزومبرازول (على شكل إزومبرازول
مغنيزيوم ثلاثي الهيدرات) 20... ملغ
سواغ كمية كافية لـ..... 1 كبسولة
سواغ ذو تأثير معلوم : سكاروز

أوزول

إزومبرازول

20 ملغ



28

كبسولة
عن طريق الفم

وحدات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

PHARMA 5

LOT : 5980
PER : 12/25
PPV : 144DH50

Docteur Omar BENREDOUANE

Spécialiste Des Maladies de l'Appareil Digestif

(Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes)

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie

Endoscopie digestive



الدكتور عمر بن رضوان

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة، الكبد، الأمعاء و البواسير)

أمراض و جراحة المخرج

الفحص بالصدى

التشخيص بالمنظار الداخلي

Casablanca le 15/04/2023

Nom : OUMMISS MOHAMED

12.80 - AULCER 20 mg

1 gel /j demi heure avant petit dej (souhour)
pdt 2 sem.

29.50 - KALMAGAS transit

2 cp*2 /j 1 heure apres petit dej (foutour)
1 heure apres dej (diner)
pdt 10 jours

22.30 - DICETEL 100 mg

1cp*2/j au milieu de repas
pdt 10 jours

19.60 - MEGASFON 150 mg

1 supp*2 /j
pdt 5 jours

92.00 - OXYMAC 375 mg

1 cp /j le soir
pdt 40 jours

Pharmacie HIND
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel.: 0522 914 457

Dr. Omar BENREDOUANE
Hepato - Gastro - Endo - Logie
Proctologie Médicale - Chirurgicale
Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani
N°516 Bis Hay Hassani
Casa - Tel.: 0522 914 457

oméprazole
AULCER® 20 mg
14 Gélules

أوميزول
20 ملغ

كبسولات مقاومة لأحماض المعدة

عن طريق الفم
14 كبسولة



AULCER® 20 mg

14 Gélules



110066-03

AMM N° : 569/17 DMP/21/NRQ

LOT: 22124
PER: 03/2025
PPV: 52,80 DH



Laboratoire pharmaceutique **IBERMA**

ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc

Sous licence laboratoire pharmaceutique ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

CENTRUM, S.A. Espagne

Groupe A.S.A.C

NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



KALMAGAS[®]

Transit

Aide à éliminer les gaz intestinaux
et à faciliter le transit

30 comprimés
Voie orale

Thérapharm

LOT : 220853
per : 11/2025
PPC : 79,90dh

KALMAGAS[®]

Transit

ديستيل

100 ملغ بروميد بينافيريوم

عبر الفم 30 قرصاً مغلفاً

التركيبة : بروميد بينافيريوم 100 ملغ
لكل قرص مغلف.
بما فيه لآك أصفر برتقالي (E110)S ، لاكتوز.
ينبغي قراءة النشرة بعناية.
يجب أن يبقى بعيداً عن متناول و نظر الأطفال.

3



DICETEL 100 MG
CP PEL B30

Abbott

Fabrique sous licence par :
Maphar, Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, Ain Sebâa, Casablanca.

Uniquement sur ordonnance - Liste II
بناءً على وصفة طبية فقط - لائحة II

احترام الجرعات الموصوفة
Respecter les doses prescrites

122,30



58x30x90

8

عن طريق الفرج
حُمولات

PHARMAS



150 ملغ / 150 ملغ

فلوغو كُلسنول / تريمتيلفلوغو كُلسنول

مكثافون

Composition :

Phloroglucinol (sous forme hydratée)..... 150 mg
Triméthylphloroglucinol..... 150 mg
Excipients q.s.p..... 1 suppositoire

التبر كتيب :

150 ملغ تريمتيلفلوغو كُلسنول
150 ملغ فلوغو كُلسنول (على شكل هيدرات)
..... حمولة واحدة

A.M.M. : 144/15/DMP/21/NRQ

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

Laboratoires Pharma 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bousskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILAU - Pharmacien Responsable

Megaston® 150mg
Boîte de 8 suppositoires



6 118000 091523

A16052

19,60

OXYMAG[®] 375 mg

Marine, bisglycinate & malate magnesium. Vit B2, B6

1 DOSE
PER
24 H

Magnesium Triple Complex

Sugar & salt free

 **20 Tablets**

Oral route

Net weight : 25.1 g

OXYMAG[®] 375 mg
Magnesiums marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Lot / Batch n° :

Exp. date :

PPC (DH) :

22669
10/25
92, 00

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

OXYMAG[®] 375 mg

Marine, bisglycinate & malate magnesium. Vit B2, B6

1 DOSE
PER
24 H

Magnesium Triple Complex

Sugar & salt free

 **20 Tablets**

Oral route

Net weight : 25.1 g

OXYMAG[®] 375 mg
Magnesiums marin, bisglycinate & malate. Vit B2, B6

Lot / Batch n° :

Exp. date :

PPC (DH) :

22669
10/25
92, 00

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament