

## 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 à joindre à la feuille de soins de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de soins orthodontiques, la facture et la feuille de soins.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-804835

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NASR JOUNA  
Date de naissance : 16/06/1969  
Adresse :  
Tél. : 0600673783 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/06/23

632 10

PHARMACIE NOUR VICTORIA  
Dr RAHAL Hajar  
Annasr. S21-ZR164 N°1 Victoria City  
06.64.21.83.38  
05.20.630.111

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient

INP : 
COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	00000000	21433552	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





2112022140400.

07 mars 2023

NASR MOUNA

- 1/Co Plavix 75 mg 1 cp / j le matin  
2/ Adancor 10mg 1cp /jour  
3/ Cardensiel 10 mg 1cp/j  
4/ Amap 10 mg 1 cp/j  
5/ Stanorm 20 mg 1 cp/j  
6/ Vascor 35 mg 1 cp x 2/j +  
7/ Lamprol 30 mg 1 gelX2j le matin 15 min avant  
repas  
8/ Doliprane 1g 1cp/jour  
TRAITEMENT DE 6 MOIS



090063728

Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 I.F : 40127291 CNSS : 9779309  
Tél.: +212529091111/+21252909222 Fax: +212529060977/+212529060979 @ : www.hm6.ma

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 113001 082018

02'431

# VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à Libération **M**odifiée

**احذروا الجرعات المحددة**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

تنمنا : لا يهرف إلا بوجوب وصفة طبية

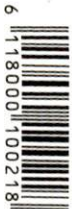
Liste I : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France  
SERVIER MAROC  
Irrm, ZI/MAO, Lot FAH 4  
Route d'Akennour, 20180 Casablanca

**VASTAREL® 35 mg**

Dichlorhydrate de trimétazidine  
60 Comprimés pelliculés



IMPRIMEPEL  
10/17

حيات مليسة ذات محمور معدل

09 - ج - ط - س - م - ع

فاستاريل 35<sup>®</sup> كافي كلوريدرات تريمتازيدين

60 Comprimés pelliculés

# VASTAREL® 35 mg

Dichlorhydrate de trimétazidine

Comprimés pelliculés à **L**ibération **M**odifiée



**Composition :** Dichlorhydrate de trimétazidine 35 mg  
**Excipients :** q.s.p. un comprimé pelliculé à libération modifiée  
**Indications, contre-indications, posologie et mode d'emploi, effets indésirables, précautions d'emploi, interactions médicamenteuse, surdosage :** lire attentivement la notice interne.  
Voie orale.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

التركيب : كافي كلوريدرات تريمتازيدين 35 ملغ  
السواغ : الكمية الكافية غلة مللسة ذات محمور معدل  
دواعي الإستعمال ، مضادات الإستعمال ، الجرعة و كيفية الإستعمال ،  
الآثار الجانبية ، إحتياطات الإستعمال ، التفاعلات الدوائية ،  
الإفراط في الجرعة : إقرأ بدقة نشرة الداخلية .  
يؤخذ عن طريق الفم .  
يحفظ بعيدا عن متناول يد الأطفال .

**VASTAREL® 35 mg**  
Dichlorhydrate de trimétazidine

LOT 221041  
EXP 07/2025  
PPV 75.20DH

COOPER PHARMA  
Fabrique par / Manufactured by  
COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri  
Casablanca - 20110  
Morocco / Maroc  
Pharmacie responsable / Head Pharmacist:  
Amna DAUDI  
صنع في المغرب  
كروا فوسا  
41، شارع محمد دويوري  
الرباط - 20110  
المغرب / Morocco  
المسؤول الصيدلاني

مدة 24 ساعة  
28x قرصا

أمبي  
أملوديبين  
10 ملغ  
من طريق الفم

AMEP® 10mg  
28 comprimés  
9 4118000 081784

COOPER PHARMA

Composition :  
Amlodipine ..... 10 mg  
Excipients ..... 1 comprimé/tablet  
التركيب :  
أملوديبين ..... 10 ملغ  
المكونات ..... قرص / comprimé

Cl: 6278

AMEP®  
amlodipine  
28x قرصا / Comprimés / Tablets  
10mg  
من طريق الفم

IDEMCO

Soyez prudent  
Don't take without  
reading the patient  
leaflet.  
Be careful!  
MIRACAL  
AMM N° 147/19 DMP/21/NRO

Avant toute utilisation lire attentivement la notice /  
Read carefully the patient information leaflet before use.  
Ne laissez ni à la portée ni à la vue des enfants /  
Keep out of the reach and sight of children.  
AMEP® is a trade mark.  
Si vous prenez ou prévoyez d'être enceinte  
ou si vous êtes enceinte, consultez votre médecin avant de  
prendre ce médicament.  
- DANGER -  
If you think or plan to be pregnant, you must  
tell your doctor before taking this medicine.  
- DANGER -  
THIS MEDICINE + PREGNANCY  
- DANGER -  
Si vous pensez ou prévoyez d'être enceinte  
ou si vous êtes enceinte, consultez votre médecin avant de  
prendre ce médicament.  
- DANGER -  
If you think or plan to be pregnant, you must  
tell your doctor before taking this medicine.  
- DANGER -  
THIS MEDICINE + PREGNANCY  
- DANGER -

Liste 1/List 1 (Tableau A / Table A)  
Respecter les doses prescrites  
Respect the prescribed doses  
Under Prescription Only  
Uniquement Sur Ordonnance  
لا يتعدى إلا بصفة طبية

AMEP®  
amlodipine  
10 mg  
Voie Orale  
28x قرصا / Comprimés / Tablets  
COOPER PHARMA

☐ QUÊTE ☐  
☐ TTN ☐  
☐ MOON ☐  
☐ SOIR ☐  
☐ EVEN ☐

756.867.01.

**Composition :**  
Bisoprolol (DCI) fumarate... 10 mg  
pour un comprimé pelliculé sécable.  
AMM au Maroc N°322-18DMP21NRQ  
Lire la notice avant utilisation.  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants. A  
conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Titulaire d'AMM et Distributeur au Maroc:  
Cooper Pharma, 41, rue Mohamed Diouri,  
20110, Casablanca, Maroc.  
Sous licence de: Merk Santé s.a.s.,  
37 rue Saint-Romain, 69379 Lyon cedex 08.  
Fabricant: Merck Healthcare KGaA,  
Frankfurter Strasse 250 - 64293, Darmstadt, Allemagne.

7808360907

D15



05/2027  
60136  
06/2022

Exp.:  
Lot:  
Fab.:

Médicament soumis à une surveillance particulière pendant le traitement.  
Médicament soumis à prescription initiale réservée aux spécialistes en cardiologie et  
en médecine interne.

دواء خاضع لمراقبة خاصة أثناء العلاج  
دواء خاضع لوصف أولي خاص للمختصين في أمراض القلب والطب الباطني

**Respecter les doses prescrites**  
**يجب التقيد بالجرعات الموصوفة**  
Liste I - Uniquement sur ordonnance  
القائمة I - يصرف فقط بناء على وصفة طبية

**CARDENSIEL + GROSSESSE = DANGER**  
**كاردنسيال + الحمل = خطر**

Ne pas utiliser chez:  
- l'adolescente ou la femme en  
âge de procréer et sans  
contraception efficace.  
- la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative  
thérapeutique.  
لا يتعامل أبداً:  
- المرأة أو الفتاة في سن  
الإنجاب دون وسائل  
ممانعة الحمل الفعالة.  
- المرأة الحامل،  
إلا في حالة عدم  
وجود بديل علاجي.



**Cardensiel® 10 mg**  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 76,90 DH

7862160242

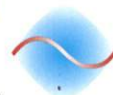
صاحب رخصة التسويق في المغرب: كوبر فارما  
41، شارع محمد ديوري - 20110 الدار البيضاء، المغرب.  
بترخيص من: ميرك سانشيه - 37 شارع سان رومان - 69379 ليون  
سيتيكس 08  
الصانع: Healthcare KGaA، فرانكفورت/ترنتراس 64293-250 دارمشتات - ألمانيا

التركيبة:  
فورمات البيزوبرولول ..... 10 مغ  
قرص واحد مغلف قابل للكسر.  
إفراء النشرة قبل الاستعمال.  
لا يترك الدواء في متناول و مرأى الأطفال.  
يحفظ في حرارة لا تتجاوز 30° م.

652115x83-DT

# Cardensiel® 10 mg comprimé pelliculé sécable

Bisoprolol fumarate  
Voie orale



**كاردنسيال 10 مغ**  
قرص مغلف قابل للكسر  
فورمات البيزوبرولول  
عن طريق الفم  
30 قرص

30 comprimés

**MERCK**



[illegible]

FB0\_48,5x20,5  
134,5 mm\_  
FA099\_lamp

### 30 comprimés sécables

ج ۱۰ اور انکسور

نحو ابتدائی  
عن طریق الفہم

30

ADANCOR 10 mg, comprimé sécable - Boîte de 30

Prix : 72,80 Dhs

Pharmacien Responsable :  
Amina Daoudi



Chaque comprimé contient 10 mg de nicorandil. Excipients : .....q.s.p un comprimé sécable. Avant toute utilisation, lire la notice.  
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants. Sur prescription médicale uniquement. A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.  
A conserver à l'abri de l'humidité. Contient un agent désydratant dans chaque plaquette. Ne pas avaler l'agent désydratant.  
**Fabricant :** Merck Healthcare KGaA, Frankfurter Strasse, 50 – 64293 – Darmstadt, Allemagne.  
**Titulaire d'AMM et distributeur :** Cooper Pharma, 41 rue Mohamed Diouri, 20110, Casablanca, Maroc.  
Pharmacien Responsable : Amina Daoudi, AMM N°: 482/16 DMP/21/NCI  
**Sous licence de :** Merck Santé, 37 rue Saint-Romain 69008 Lyon, France.

0191 D

Lot G01F9L22  
Exp. 02/2024  
Fab. 03/2022

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Tableau A  
القائمة I - الجدول أ

**MERCK**

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Cardiopathie  
VHC CR, ischémique dilaté sténosé, Diabète,  
Néphropathie diabétique au stade d'IR

Dont ci-joint ordonnance :


Traitement prescrit :

Voir ordonnance

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le / /

Cachet et signature du médecin traitant :



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées