

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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'I  
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

M23-011157

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3280 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SALHI Rabha  
 Date de naissance : 1949 à CASA  
 Adresse : 2 Rue NAORIS (ex Mouettes) Ferme Bretonne CASA 02  
 Tél. : 06 69 09 53 76 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 31/08/2023  
 Nom et prénom du malade : SALHI Rabha Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : carotéopathie  
 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 : CASA 31/8/23 Le : 31/8/23  
 Signature de l'adhérent(e) : Salhi

Autorisation CNDP N° : AA-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
31-08-2023		3	300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/08/2023	413,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

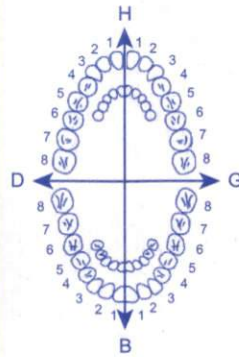
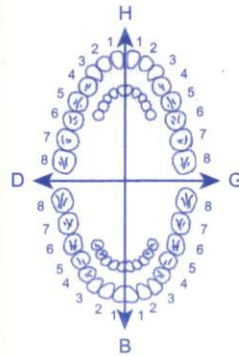
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée et 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <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

Docteur ALI EL MAKHLOUF  
PROFESSEUR AGREGE  
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA  
Tél : 0522298155/59  
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 31.08.2023

Mlle SALHI Rabha

39,30 x 3

ALDACTAZINE :  
1/2 CP LE MATIN SANS ARRET



25,10 x 3

DIGOXINE : 1/2 CP / J SAUF LUNDI ET VENDREDI  
SANS ARRET



37,80 x 3

SECTRAL 200 MG : 1/2 CP PAR JOUR  
SANS ARRET le matin



20,00  
x 3

SINTROM 4 MG:  
1/4 CP / 24HEURE x 2jrs ET 1/4 CP / 36HEURE SANS ARRET



46,70  
+ 1

ZYLORIC 100MG  
1CP PAR JOUR SANS ARRET



413,00

x 03 mois

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 06 89

PHARMACIE ODYSSEE  
Asmaa AMOR  
15 bis, Rue Tanane, Ferme Bretonne  
Beausejour Casablanca  
Tél Fax: 0522 25 52 63

Docteur ALI EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 06 89

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA  
0522238181  
DR EL MAKHLOUF 0661131483

351308  
11/18

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20.000000

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم<sup>®</sup> 4 ملغ  
أسينوكومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE<sup>®</sup>  
pharmaceuticals

Sintrom<sup>®</sup> est une  
marque déposée,  
propriété des Laboratoires  
Juvise Pharmaceuticals

Medius AG  
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20 - 22, Rue Zoubair bnou EL Aouam  
Roches Noires  
20300 - Casablanca

IDEMCO

10 أقراص من فئة 4 ملغ  
عن طريق الفم



351308  
11/18

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20.000000

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم<sup>®</sup> 4 ملغ  
أسينوكومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE<sup>®</sup>  
pharmaceuticals

Sintrom<sup>®</sup> est une  
marque déposée,  
propriété des Laboratoires  
Juvise Pharmaceuticals

Medius AG  
Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20 - 22, Rue Zoubair bnou EL Aouam  
Roches Noires  
20300 - Casablanca

IDEMCO

10 أقراص من فئة 4 ملغ  
عن طريق الفم

351308  
11/18

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20.000000

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

سنتروم<sup>®</sup> 4 ملغ  
أسينوكومارول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

JUVISE<sup>®</sup>  
pharmaceuticals

Sintrom<sup>®</sup> est une  
marque déposée,  
propriété des Laboratoires  
Juvise Pharmaceuticals

Medius AG

Fabriqué sous licence par



Les Laboratoires SYNTHEMEDIC  
20 - 22, Rue Zoubair bnou EL Aouam  
Roches Noires  
20300 - Casablanca

IDEMCO

10 أقراص من فئة 4 ملغ  
عن طريق الفم

### Symptomatology: Ailsa

25 mg/15 mg

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**RESPECT THE PRESCRIBED DOSES**

*Uniquement sur ordonnance*  
*Liste II.*

**List II - Prescription only**

### Voie Orale

**Tenir ce médicament hors de la vue et de la portée des enfants.**

*A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C*

**Lire attentivement la notice interieure  
avant utilisation.**


For oral use

*Keep out of the sight and reach of children.*

Store at a temperature not exceeding 25°C.

*Read the inside instructions carefully  
before use*

**ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS**

P.P.V : 39DH30 

6 118000 250517

Laboratoires  
S.A.  
refractor

# **ALDACTAZINE®**

*Spironolactone/Aldiride*

*25 mg/15 mg*



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES**

*Uniquement sur ordonnance  
Liste II.*

*List II - Prescription only*

*Voie Orale*

*Tenir ce médicament hors de la vue et de  
la portée des enfants.*

*A conserver à une température ne  
dépassant pas 25 °C*

*Lire attentivement la notice intérieure  
avant utilisation.*

*For oral use*

*Keep out of the sight and reach of  
children.*

*Store at a temperature not exceeding  
25°C.*

*Read the inside instructions carefully  
before use*

ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS

P.P.V : 39DH30 

6 ||||| 118000 ||||| 250517 |||||

*Pfizer*  
Laboratoires  
S.A.



# **ALDACTAZINE®**

*Spironolactone/Aldactide*

*25 mg/15 mg*



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
RESPECT THE PRESCRIBED DOSES**

*Uniquement sur ordonnance  
Liste II.*

*List II - Prescription only*

*Voie Orale*

*Tenir ce médicament hors de la vue et de  
la portée des enfants.*

*A conserver à une température ne  
dépassant pas 25 °C*

*Lire attentivement la notice intérieure  
avant utilisation.*

*For oral use*

*Keep out of the sight and reach of  
children.*

*Store at a temperature not exceeding  
25°C.*

*Read the inside instructions carefully  
before use*

**ALDACTAZINE 25MG/15MG 20 CPS**

**P.P.V : 39DH30** 

**6 118000 250517**

*Phar* **Laboratoires  
S.A.**



# سكترال® 200 ملغ

كلورهيدرات أسيتوتولول

20 قرصا مغلفا عن طريق الفم

Sectral® 200mg

احترم الجرعات الموصوفة  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 22E001  
PER: 01 2025

SECTRAL 200MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
6 118000 060154

**Titulaire d'AMM dans le pays d'origine :**  
CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH Greifswald,  
Allemagne.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**  
Bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

**Fabricant :**  
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6  
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.



# سكترال® 200 ملغ

كلورهيدرات أسيتوتولول

20 قرصا مغلفا عن طريق الفم

Sectral® 200mg

احترم الجرعات الموصوفة  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

LOT : 22E001  
PER: 01 2025

SECTRAL 200MG  
CP PEL B20  
P.P.V : 37DH80  
6 118000 060154

**Titulaire d'AMM dans le pays d'origine :**  
CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH Greifswald,  
Allemagne.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**  
Bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

**Fabricant :**  
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6  
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.





# سكترال® 200 ملغ

كلورهيدرات أسيتوتولول

20 قرصا مغلفا عن طريق الفم

Sectral® 200mg

احترم الجرعات الموصوفة  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

PER: 01 2025  
LOT: 22E001

SECTRAL 200MG  
CP PEL B20  
P.P.V: 37DH80  
6 118000 060154

**Titulaire d'AMM dans le pays d'origine :**  
CHEPLAPHARM ARZNEIMITTEL GMBH Greifswald,  
Allemagne.

**Titulaire d'AMM au Maroc :**  
Bottu S.A. 82, Allée des Casuarinas  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

**Fabricant :**  
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6  
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.



210081  
02/2024



6 118001 040117

**DIGOXINE 0,25 mg**



(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**



**Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Attention: lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

**30 comprimés**

**Voie orale**





210081  
02/2024



6 118001 040117

**DIGOXINE 0,25 mg**



(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**



**Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Attention: lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

**30 comprimés**

**Voie orale**







210081  
02/2024



6 118001 040117

**DIGOXINE 0,25 mg**



(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**



**Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Attention: lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

**30 comprimés**

**Voie orale**



زِيلُورِيك® 100 ملغ  
أَلُوبُورِينُول

100 قرصا  
عن طريق الفم

LOT 223848  
EXP 11 2026  
PPV 46.70 DH

40x65x95  
5



Voie orale

100 comprimés

allopurinol

Zyloric® 100 mg



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
إحترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste I)  
جدول أ (قائمة I)

Uniquement sur ordonnance.  
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.  
يحفظ الدواء بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال.

سوطيما  
Sothema

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspen

ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/NTT  
SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable AMO



6 118000 022268