

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

- Reclamation : 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° W21-772268

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **100515** Société : **RAM**

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

Nom & Prénom : **KAMAL EL GUERGAI**

Date de naissance : **29/1/1975**

Adresse : **Habituelle**

Tél. : **06.68.11.94.88** Total des frais engagés : **504,50** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BOURKADI FATIMA ZHRA
PNEUMO-PHTISOLOGUE
50 Rue Abbas Mahmoud Al Akkad
Etg 1 Appt 1 Tel: +212 522 291 818
Gsm : 06 15 73 17 88 Casa

Date de consultation : **08/09/2023**

Nom et prénom du malade : **EL GUERGAI Mohamed taha**

Age : **18ans**

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Affection respiratoire

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 : **9/9/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

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
09/08/23				INP : INPE : 91145235 Dr. BOURKADI FATIMA Z PNEUMO-PHTISOLUG 50-Rue Abbas Mahmoud Al A

INPE : 91145235

Dr. BOURKADI FATIMA ZHRA
PNEUMO-PHTISOLOGUE
50 Rue Abbas Mahmoud Al Akkad
Etg 1 Appt 1 Tel: +212 522 291 818

GSM : 06 15 73 17 88 Casa

Pharmacie du Pharmacien du fournisseur		EXECUTION DES ORDONNANCES		Gen : 06 15 73 17 88 C	
Date		Montant de la Facture			
09/09/23		204.50			
INPE					
092058460					

Montant de la Facture

09/09/23

204.50

INPE
092058460

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Designation des Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	IM	IV	

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AN

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 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"> <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>D</th> <th>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	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																	
	(Création, remont, adjonction) 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

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature d Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Zhra BOURKADI

Spécialiste des maladies Respiratoires
Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie
Apnées du sommeil et ronflement



فاطمة الزهراء بوركادي

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السل - الحساسية

Casablanca le : 09/08/2023

EL GUERGAAI ANANTO TRA

60.00

1/ Az 500 cp

INPE
092058460



PHARMACIE ZIRAOU
Dr. HRICHI Maria
236, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca
Tél: 07 00 89 90 19



47.80

141, x 03j

2/ Dassen cp

73.40

24 x 31j x 04j



+3/ Erlus cp

141j x 01m

50, Znfة عباس محمود العقاد الطابق الأول الشقة 1 شارع أنفا
الهاتف : +212 522 29 18 18 - الهاتف النقال : +212 615 731 788

50, Rue Abbas Mahmoud Al Akkad 1er Etage, Appt 1 Bd Anfa
Tél : +212 522 29 18 18 - GSM : +212 615 731 788

4/ Humeo Co.



2350

204.50

16x313 et un gelule le soir

x04j

PHARMACIE ZIRAOU
Dr. HICHI Maria
236, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca
Tél: 07 00 89 90 19

Dr BOURKADI FATIMA ZHRA
PNEUMO-PHTISOLOGUE
50 Rue Abbas Mahmoud Al Akkad
Etg 1 Appt 1 Tel: +212 522 291 818
Gsm : 06 15 73 17 88 Casa

HUMEX

RHUME

HUMEX

RHUME

COMPRIMÉ ET GÉLULE

COMPOSITION POUR UN COMPRIMÉ (pour le jour) :

Paracétamol 500,0 mg
Chlorhydrate de pseudoéphédrine 60,0 mg

COMPOSITION POUR UNE GÉLULE (pour la nuit) :

Paracétamol 500,0 mg
Mélale de chlorophenamine 4,0 mg

FORME PHARMACEUTIQUE ET CONTENU : Comprimé et gélule.
Boîte de 12 comprimés et 4 gélules.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Une possibilité de somnolence est à signaler aux conducteurs de véhicules après absorption de la gélule nuit.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES DE CONSERVATION :

Ce médicament doit être conservé à l'abri de l'humidité.

CONDITIONS DE PRESCRIPTION ET DE DÉLIVRANCE :

Médicament non soumis à prescription médicale.

INDICATIONS D'UTILISATION : Traitement au cours des rhumes de l'adulte et de l'adolescent des plus de 15 ans ; des sensations de nez bouché, de l'écoulement nasal clair, des maux de tête et/ou fièvre.

Ce médicament contient un vasoconstricteur.
Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 15 ans.
Ne pas associer à un autre vasoconstricteur (voie orale ou nasale). Ne pas dépasser 4 jours de traitement.
Ne pas dépasser 3 comprimés jour et 1 gélule nuit par 24 heures.

Fabriqué sous licence **URGO** par
Les laboratoires **STERIPHARMA**
21 Lira, N°347 Sidi Maatouf Casablanca
Arlène TAZHILI, Pharmacien Responsable

HUMEX RHUME

COMPRIMÉS et GÉLULES



6 118000 280057

HUMEX

RHUME



AMM: 10 DMP/21/NCN
LOT: 23114 PER: 06/2026
PPV: 23,50 DH



ايرلوس® 5 ملغ

ديسلور اتادين

حبة
28 ملبسة

عن طريق الفم



PPV
LOT
PER

Composition :

Desloratadine 5 mg
Excipients q.s.p un comprimé
Excipient à effet notoire : Ethanol
Mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

AMM N° 615/DMP/21/NRQ

Erlus® 5 mg
28 Comprimés Pelliculés



6 118000 180876

351155-05



28 Comprimés Pelliculés

Erlus®

5 mg



Erlus® 5 mg

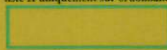
Desloratadine

28 Comprimés
Pelliculés

Voie Orale



liste II uniquement sur ordonnance



Respecter les Doses Prescrites



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubeir Benou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

المكونات :

ديسلوراتادين 5 ملغ
السواغات ما يكفي قرص واحد
سواغ معروف التأثير : اتانول
تحذيرات خاصة :
اقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال
لا تترك في متناول و بصر الأطفال

08

79x34x25

دازين 10000 وع
سرا ابتكار

08147



Médicament autorisé N° :
45/21/NRQ4/DMF/VHA/18



مختبرات سنثياريك
20 - 22 زقة تير بن العوام
السحور السودان - الدار البيضاء

40 قرصا ملبسا
مقاوم لحموضة المعدة
عن طريق الدم

PPV :
EXP :
Lot N° :

كيفية الاستعمال
ارشادات - حالات عدم الاستعمال - أعراض جانبية
انظر النشرة

351038-04

DASEN® 10000 UI
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés
gastro-résistants

Voie orale



10.000 unités.

10.000 وحدة
مادة التبريد : الفانيلين
الذي لا يذوب في الماء
ويحتفظ في شكل
أو النشرة بعناية قبل الاستعمال.



Laboratoires SYNTHÉLABORIC
20-22, Rue Zouhair Hamou El Kouni
Rabat Noire - Casablanca

65x20x90

Composition :
Serrapeptase q.s.p. 1 comprimé enrobé gastro-résistant.
Excipients à effet notoire : Lactose et Colorant jaune orange S (E110).
Mises en garde spéciales :
Tient hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 25° C.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 3 comprimés
Voie Orale

AZ[®]

Azithromycine

500 mg



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ[®] 500 mg

Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH



6 118000 190097

45x20x100

2

E A Z B B 2 V FA 02

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ

أزيت



غالينيكا

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير وكيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يحفظ بعيدا عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité
لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احترموا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

AZ[®]
Azithromycine
500 mg
Boîte de 3 comprimés