

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'El
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

M23-008679

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

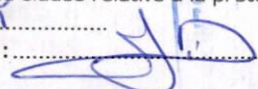
Matricule : M 575 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 189848
 Nom & Prénom : ABBOUDA Youssef
 Date de naissance : 20/09/1977
 Adresse : MASCARA 3 A N° 377 Ham Kech
 Tél. : 0663419704 Total des frais engagés : 2159,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 26/12/2023
 Nom et prénom du malade : M. BELLOT Damiens Raja Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire
 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 : MASCARA Le : 29/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-0008679

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
26/12/23	Ca 2 ⁺		250,54 150,01	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DAR SAADA N° 93 N° 6 Résidence Dar Saada - Marrakech Tél : 05 24 29 09 49	26-12-23	1759,50

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

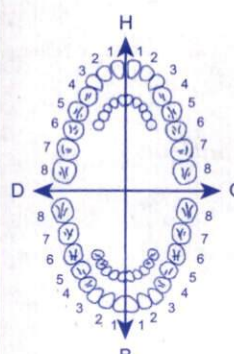
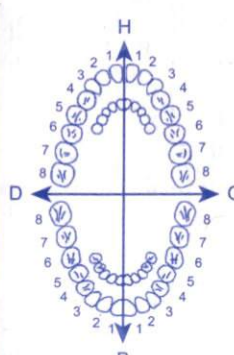
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خريخ كلية الطب بمونبولي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologique-Endoscopie branchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang



الدكتور عبدالصديق جمالي

اختصاصي في أمراض الصدر والحساسية الكبار والصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier, France
Membre de la Société Française des Maladies Respiratoires

مجاز في أمراض الصدر وداء السل
مجاز في أمراض المناعة والحساسية (الضيق)

Ancien médecin des Hôpitaux de France
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الفحص بالأشعة - التنظير القصبي
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية



071079875

Mme BELGOT DOUNIA RAJA

Radiographie du thorax : Face

Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou séquellaire

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.



Rendez-vous le : : الموعد

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأحباس مدخل G رقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش

Av. Hassan II Bab Doukkala Imm. des Habous entrée G, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech

Tél/Fax : 05.24.43.65.64 - E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com

ICE : 001882896000090 - IF : 68932020 - TP : 45111998 - CNSS : 2127034

Dr Abdessadeq JAMALI

Pneumologue-Allergologue

خريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي

Diplômé des maladies respiratoires - Tuberculose
CES d'Immunologie et Allergologie clinique

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا
طبيب سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Radiologie-Bilan allergologique-Endoscopie branchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire - Gaz du Sang

MME BELGOT DOUNIA RAJA

الدكتور عبدالصالح جمالي

اختصاصي في أمراض الصدر والحساسية الكبار والصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier, France
Membre de la Société Française des Maladies Respiratoires

مجاز في أمراض الصدر وداء المل
مجاز في أمراض المناعة والحساسية (الضيق)

Ancien médecin des Hôpitaux de France
Ancien médecin à l'Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الفحص بالأشعة - التنظير القصبي
تحليل الحساسية - فحص الوظيفة التنفسية



071079875

185,00 x 5

1. Saflu 250 µg

جرعة 250 µg، في الصباح، وفي المساء، لمدة 5 أشهر

40,00

2. Cotipred 20 mg

كوتيبريد 20 ملغ
أقرص، عند الضهيرة، لمدة 1 أيام

45,80 x 10

3. Cetirai 10 mg

سيتريال 10 ملغ
أقرص، في المساء، لمدة 1 أشهر

149,50

4. ZEROSTAT VT
Chambre d'inhalation

187,00

5. Aclav 1 g / 125 mg

أكلاف 1 غرام / 125 ملغ
كبس، في الصباح، عند الضهيرة، وفي المساء، لمدة 8 أيام

T = 1759,50

PHARMACHE L'ASAD
Imm. 93 N 6
Résidence Dar Saada - Marrakech
Tél: 05 24 29 09 49



Rendez-vous le : الموعد :

شارع الحسن الثاني باب دكالة عمارة الأحياس مدخل G رقم 2 الطابق الأول - 40000 مراكش
Av. Hassan II Bab Doukkala Imm. des Habous entrée G, Appt. N° 2 1er Etage - 40.000 Marrakech

Tél/Fax : 05.24.43.65.64

E-mail : abdessadeq.jamali@gmail.com

ICE : 001882896000090 - IF : 68932020 - TP : 45111998 - CNSS : 2127034

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملتصقا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملتصقا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيرالين

10 ملغ

15 قرصا ملتصقا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملتصقا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيريزين

10 ملغ

15 قرصا ملبسا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

CETIRIZINE

Cétirizine

10 mg

15 Comprimés pelliculés

Voie orale

سيتيرالين[®]

سيتيرالين

10 ملغ

15 قرصا ملتصقا

عن طريق الفم



أفريك - فاك

AFRIC-PHAR

CETIRAL[®] 10 mg

15 comprimés pelliculés



6 118000 070306

LOT 231343

EXP 06/25

PPV 45DH80

☒ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR



Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie inhalée
250
µg/25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771

PER: 09/2024

PPV: 185 DH 00


Eli Lilly

Bien agiter avant chaque utilisation

☒ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR



Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie inhalée
250
µg/25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771

PER: 09/2024

PPV: 185 DH 00


Eli Lilly

Bien agiter avant chaque utilisation

☒ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR



Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie inhalée
250
µg/25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFILU[®]

LOT: GB21771

PER: 09/2024

PPV: 185 DH 00


Eli Lilly

Bien agiter avant chaque utilisation

☒ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie inhalée

250
µg/25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFLU
®

LOT: GB21771

PER: 09/2024

PPV: 185 DH 00

Et

Bien agiter avant chaque utilisation

☒ DURÉE ☐ MATIN ☐ MIDI ☐ SOIR



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé

Voie inhalée

250
µg/25

Propionate de fluticasone
/salmétérol

SAFLU[®]

LOT: GB21771

PER: 09/2024

PPV: 185 DH 00

Et

Bien agiter avant chaque utilisation

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme
de métrasulfobenzate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé
effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total
quatre cents milligrammes de
prednisolone (sous forme de
métrasulfobenzate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications,
contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice.

PPV:40DH00

PER:11/26

LOT:M3969

b

bottu s.a.

112, Allée des Cassaninas - Ain Seblia - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Cotipred®

prednisolone

(métrasulfobenzate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescent
sécables

Cotipred® 20 mg
prednisolone

20 comprimés effervescent sécables



6 111800 041016

AMM n°: 806 DMP/21/N06P

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



سكوا
20 قرصا فورا

20 ملجم

(ميتا سولفوبنزايت صوديوم)

بريدنيولون

كوتيبريد®

use only with **cipla** inhaler

Transparent
zerostatVT
spacer
with **FlowGate** valve

please read the enclosed leaflet
carefully before use.

to be used as directed by the
physician

Qty: One Unit

LOT

16J22052



08/2022



Cipla Maroc
BP 4491-11850
Oum Azza , Ain Aouda
PPC : 149,50 DH



8 901117 261310



Cipla

CIPLA LTD. INDIA

ACLAV[®]

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

*Poudre pour suspension buvable
en sachet*

1g/125 mg

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Voie orale

Boîte de **24** sachets

PHARMA 5

LOT : 6559
PER : 08-25
P.P.V: 187DH00



