

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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mu



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

Déclaration de Maladie

M22- 0040368

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4537 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAL MOHAMED FAICAL
 Date de naissance : 03/09/1950
 Adresse : LOT 04 PARC CHAMPS COURSES 30010 FES AGM
 Tél. : 0661/326010 Total des frais engagés : #397,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/11/2024
 Nom et prénom du malade : TAL MOHAMED FAICAL Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Infection 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 : Le : 31/01/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VISA

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 08/11/23 | | 150 DH | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

8-11-23

24780

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

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 :

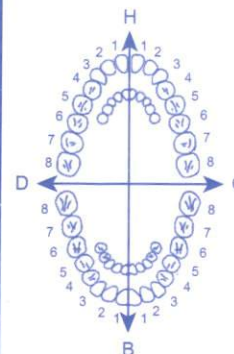
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|---|
| H | | |
| 25533412 | 21433552 | |
| 00000000 | 00000000 | |
| D | | G |
| 00000000 | 00000000 | |
| 35533411 | 11433553 | |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]

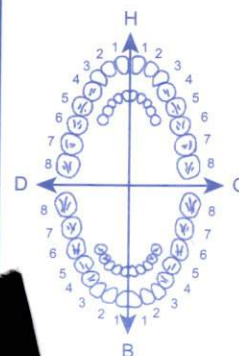
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

عيادة مبارك للعلاجات الطبية
CABINET MÉDICAL M'BAREK

Docteur Med Badr Derrouich
Médecine générale
Diplômé de la faculté de médecine
De Cologne Allemagne
Ancien médecin Hôpital Kleve Allemagne
Service d'Urologie et Circoncisions
Echographie



الدكتور محمد بدر الدرويش
الطب العام
خريج كلية الطب والجراحة كولون ألمانيا
طبيب سابق بمستشفى كليف ألمانيا
قسم جراحة المسالك البولية والختانة
الفحص بالصدى

Fès, le 08/11/2022

Ordonnance

M^r Taz. Ashraf Afzal.

87.00 1/ Biotonic 500g

1 cp / (7j)

2/ K. pred 20g

3 cp / (3j)

23.00 3/ Hnéx Rhine

1 cp x 21

4/ Revital

1 cp /

5/ Totifer Simp

1 cp x 31

10, Rue Imam Ali-Fès (V.N) (à côté de l'ONE) (شارع الإمام علي-فاس (م.ج))

Tél: 05 35 62 68 60 - Urgence: 06 20 23 66 46

PHARMACIE CHIFAE
CH. MOHAMED
AV DES F. EL RVN - FES
TEL: 05 35 65 05 44
INPE: 02619157

PHARMACIE CHIFAE
CH. MOHAMED
AV DES F. EL RVN - FES
TEL: 05 35 65 05 44
INPE: 02619157

84.00

6) sterilisation AMU p's

2 April



247.8

INSTITUT D'ETUDE
MATHÉMATIQUES
8 BIS AV. LAM HUY VÂN - TBS
TEL : 06 20 23 26 43

as: justifications
égales

PHARMACIE CHATEL
CHATEL HONORÉ
AV. DE LA LIBERTÉ - TBS
TEL : 06 20 23 26 43
INPE : 14201952

500 ملغ

BioVanic 500 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. وأجدي صيدلي مسؤول

100-147 Zone Industrielle T1 Mellil, Casablanca

Autorisation ministère de santé AMM n° 325/16 DMP/21/NNP

BioVanic®

Lévofloxacin / Levofloxacin

Antibiotique / Antibiotic

Voie orale / Oral use

7 comprimés pelliculés sécables
film-coated scored tablets

Chaque comprimé contient 500 mg de lévofloxacin.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
pas de conditions de conservation particulières
A conserver dans l'emballage d'origine.
lire la notice avant utilisation

بيوفانيل

ليفوفلوكساسين

LOT: M0918
PER: 12/2024
PPV: 87,00 DH

مضاد حيوي

عن طريق الفم

7 أقراص مغلفة قابلة للكسر

كل قرص يحتوي على 500 ملغ من ليفوفلوكساسين.
يبلغ القرص كاملاً مع الماء.
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.
لا توجد شروط خاصة للتخزين.
يحفظ في العلبة الأصلية.
يرجى قراءة النشرة قبل تناول الدواء.

500 mg



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J. OUAJDI Pharmacien Responsable
146-147, Zone Industrielle T1 Mellil, Casablanca

Deva

Respecter les doses prescrites
Liste I - sur Ordonance

بيوفانيل

ليفوفلوكساسين
القرص مغلف قابل للكسر

500 ملغ
مضاد حيوي

Lot: M0918
Per: 12/2024
Ppv: 87,00 DH

BioVanic®
Lévofloxacin / Levofloxacin
comprimés pelliculés sécables

500 mg
Antibiotique

2700078
02/19/2020

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
Maléate de chlorphénamine 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 de 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

Z.I Lina, N°347 Sidi Maârouf Casablanca

Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

HUMEX RHUME



COMPRIMÉS et GÉLULES



6 118000 280057

N° D'AMM : 10 DMP/21/NCN
LOT : 22186 PER : 12/2025
PPV : 23/50 DH

HUMEX

RHUME



cyan
magenta
665C
035C



A partir de 15 ans

- ✓ NEZ BOUCHÉ
- ✓ ÉCOULEMENT NASAL CLAIR
- ✓ MAUX DE TÊTE
- ✓ FIÈVRE

RHUME

RHUME

HUMEX



RHUME

HUMEX

4074184
30-37



Voie orale

Sirope
Flacon 150 ml

TOTIFEN® 0,02 %
Kétotifène

TOTIFEN® 0,02 %
Kétotifène

53,30

500000



IMPRI-MEPEL
05/15

Tableau C (liste II)

احترام التعليمات
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



2.

Lire attentivement la notice avant utilisation
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Ce médicament doit être conservé à
une température inférieure à 25 °C.

Composition :
Kétotifène (sous forme de fumarate)..... 0,02 g
Excipients (dont sorbitol, alcool, E218 et E216)
..... q.s.p 100 ml

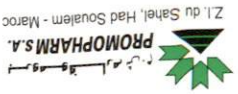
CS0109.0515



عن طريق الفم

شراب
قارورة 150 مل

كيتوتيفين
طوتيفين® 0,02 %
خطوط تيفين



تركيب :
كيتوتيفين (على شكل فومارات)..... 0,02 %
سواغات
يحتوي على صربيل، كحول، E218 و E216
أنظر البيان الداخلي قبل الاستعمال
يحفظ بعيدا عن متناول ومراي الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°
درجة مئوية.

53x53x138