

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.



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

Déclaration de Maladie

M24- 0007992

202726

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société : P9

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : P9

Nom & Prénom : ABALACH ADILAH

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : / / 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 : /

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 : /

Signature de l'adhérent(e) : /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M24- 0007992

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 : /

PP4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

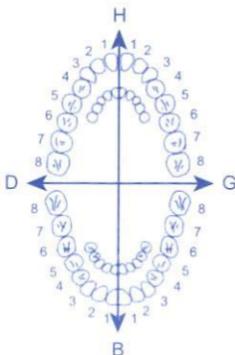
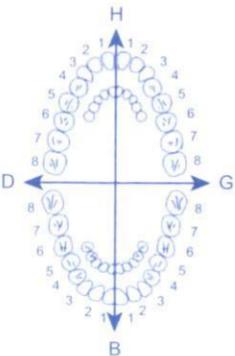
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible][illegible][illegible][illegible]

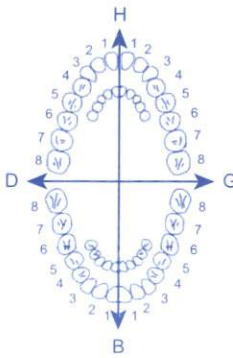
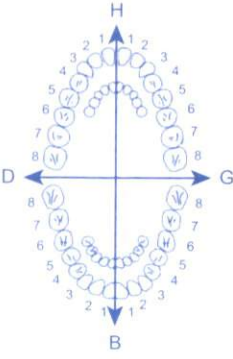
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
Important : 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
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 :


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	
				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-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> <p>D</p> <p>00000000</p> <p>35533411</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <p>G</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom IDRISSI MBARK		Téléphone 06.68.32.01.14			
Fonction retraité		Matricule 3189	Mail		
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : ABALAGH AOUIACH		Age 01 / 01 / 1963		Date de la première visite	
Nature de la maladie. HTA		Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Dr. Abdelaziz BENHMID Médecine Générale Amical AL FATH en face du camping municipale 9 di Ifni Tél: 05.28.87.59.96			
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes 02 AVR 2024		Nature des actes INP : 041194655		Nombre de Coefficient (8004)	
Montant détaillé des Honoraires		Dr. Abdelaziz BENHMID Diabétologie Echographie Loc. Fatah Sidi Ifni Tél: 05.28.87.59.96			
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates 02/04/24		Montant de la facture 562,10			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Nombre			
		AM	PC	IM	IV
		Montant détaillé des Honoraires			

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																												
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture 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	Coefficient des travaux																								
																												
O.D.F. Prothèses dentaires				Coefficient des travaux																								
Détermination du coefficient masticatoire				Montant des soins																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H		G		25533412		21433552		00000000		00000000		00000000		00000000		35533411		11433553		B				Date du devis
H		G																										
25533412		21433552																										
00000000		00000000																										
00000000		00000000																										
35533411		11433553																										
B																												
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Fin de l'exécution																								
VOLET ADHERENT																												
NOM du Patient :			DECLARATION N°																									
MATRICULE N°			W																									
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes																								
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois																									

DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale

Echographie

DU De Diabétologie à L'Université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

Sidi ifni , Le : 02 AVR 2024 سيدي إفني ، في :

Mr, Mme, Melle :

Amicha Abalagh

1/ Natixam 1,75
= 2387
2/ Temoran 100
= 834
3/ Xenid 100
1 x 2 ep
4/ febrex sachet
1 x 3
5/ Grippe
1 x 2



RDV Le :

Dr. Abdelaziz BENHMID
Médecine Générale
Amical AL FATH
en face du camping municipale
Sidi Ifni
Tél: 05 28 87 59 96

ودادية الفتح أمام المجمع البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96

Amicale AL FATH en face du camping municipale - Sidi ifni - Tél : 05.28.87.59.96



تنورمين® 100 ملغ
أتينولول

عبر الفم 28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
| بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 23E002
PER.: 04 2026

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.



تنورمين® 100 ملغ
أتينولول

عبر الفم 28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
| بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 23E002
PER.: 04 2026

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.



تنورمين® 100 ملغ
أتينولول

عبر الفم 28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
| بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 23E002
PER.: 04 2026

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.



تنورمين® 100 ملغ
أتينولول

عبر الفم 28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

TENORMINE® 100 mg
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
| بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

LOT : 23E002
PER.: 04 2026

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



Maphar

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

NATRIXAM®

comprimé à libération modifiée

Indapamide / Amlodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ
إنديпамيد / أملوديپين

حيات ذات تحرر معدل

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



NATRIXAM®

comprimé à libération modifiée

Indapamide / Amlodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ
إنديпамيد / أملوديپين

حيات ذات تحرر معدل

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / **Fabricant**

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



NATRIXAM®

comprimé à libération modifiée

Indapamide / Amlodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ
إنديпамيد / أملوديپين

حيات ذات تحرر معدل

احترموا المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca



- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed



Voie Orale

FEBREX[®] Adulte



6 118000 310624

PHARMED

LOT : 6699

UT.AV : 08-26

PPV : 21DH00

50 ملغ

xénid 50mg 
30 comprimés enrobés



6 118000 140511

کزینید

دكلوفناك

LOT: 4513

PER: 06/25

PPV: 46,60DH

30 قرصا ملبسا

مختبرات بيوكالينيك



DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

دولي گريب

باراسيطامول - فيتامين س - مليات الفينيرامين

25/200/500 ملغ



نزلات البرد

زكام

التهاب الأنف

التهاب الأنف والحنجرة

يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

8 Sachets Granulés



6 118000 041566

Veuillez lire attentivement
• Gardez cette notice
• Si vous avez toute
pharmacien.
• Ce médicament va
symptômes identiques
• Si l'un des effets in
notice, parlez-en à v

Composition du médicament

• Composition qualitative
Paracétamol.....

Acide Ascorbique (V)

Maléate de Phéniramine

• Composition quantitative

Mannitol, acide citrique

Composition de l'arôme

E414, Acide Ascorbique

• Excipients à effet

Aspartame, Rouge Cochenille

Classe pharmacothérapeutique

DoliGrippe®, granulés

MEDICAMENTS DU

DoliGrippe®, granulés

• Une action antihistaminique

aux phénomènes

• Une action antalgique

• Une compensation

Indications thérapeutiques

Ce médicament est

de l'adulte et l'enfant

• De l'écoulement nasal

• Des éternuements

• Des maux de tête

Posologie

Réservé à l'adulte et

1 sachet à renouveler

• Mode d'administration

Voie orale.

Les sachets doivent

Au cours des états

• Durée du traitement

La durée maximale

• Fréquence d'administration

En cas d'insuffisance

moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais

• Enfant de moins

• En cas d'antécédents

• En cas de certai

• En cas de diffi

• En cas de malai

• En cas de phény

Vous ne devez gé

l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE

Effets indésirables

ion buvable en sachet

medecin ou à votre

même en cas de

ionné dans cette

500 mg

200 mg

25 mg

ne fruits rouges.
Gomme Arabique

appelés AUTRES

8: et qui s'oppose

alées, myalgies),

des états grippaux

حبيبات
لتناول للشرب

لللكبار

PPV: 20DH00
PER: 03/26
LOT: M927

ce d'aspartame.
ant la grossesse et
E PHARMACIEN.