

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-786984

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13076 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bouz IDA Zineb

Date de naissance : 10/09/1987

Adresse : 18 7765

Tél. : 06 10 490 262 Total des frais engagés : 939,7 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/09/2023

Nom et prénom du malade : Zineb Bouz IDA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : F32

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 : 20/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : Zineb

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Date des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 29/09/23       | C.N.P.S.          |                       | 300 DH                          | INP : 06/29/97/10                                              |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                |                   |                       |                                 |                                                                |

Dr. MABROUK NASSIM  
Médecin Psychiâtre

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                            | Date     | Montant de la Facture |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <p>Pharmacie des Ecoles</p> <p>44, rue du temple<br/>Paris République 75011<br/>Tel: 01 43 57 55 79<br/>Ouvert 6/7 - 9h - 20h</p> | 29/09/23 | 639.70 DH             |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

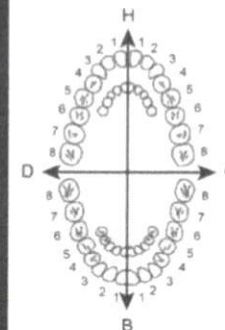
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------|
|                                                     |      |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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

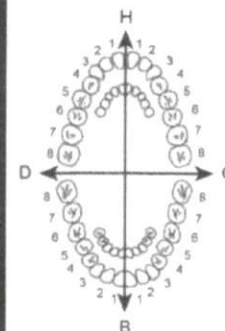
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# VOLET ADHERENT

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



# 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet de Psychiatrie et d'Addictologie عيادة الطب النفسي و علاج الإدمان

**Dr Nassim MABROUK**  
Médecin Psychiatre

Psychiatrie Générale  
Addictologie  
Pédopsychiatrie  
Gérontopsychiatrie

Casablanca, le 27/09/23... في الدار البيضاء في 27/09/23

218,00 x 2 - mme ZEREB Bouzouba  
1) BRINTELLIX 5mg cp

24,70 x 2 - 0 - 0  
2) TARAXET 25 mg cp

69,00 7 cp le soir  
3) KALMANER

84,10 2 gel le soir pend 10 jours

4) desmoxone

2 gel matin milieu pend 10 jours

**Traitement :** 2 mois

**Rendez-vous le** 2 mois

264 Bd Gandhi, résidence Jawharat Gandhi, Etg 4 - INPE: 061297156

05 20 51 77 42

docteurmabrouk@gmail.com



Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
BRINTELLIX 5MG CP PELL  
B28  
P.P.V : 218,00 DH  
5 118001 184828



Maphar  
Km 10, Route Côtière 111,  
QI Ze-nata Ain sebaa Casablanca  
BRINTELLIX 5MG CP PELL  
B28  
P.P.V : 218,00 DH  
5 118001 184828



Dr MABROUK NASSIM  
Médecin Psychiatre

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

Kalmaner

30  
gélules

# Kalmaner®

Valériane+Aubépine+Passiflore+Lavande

- Nervosité, irritabilité
- Troubles du sommeil



Boîte de 30 gélules

LOT: 230553  
DLUD: 06/2026  
69,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Fabriqué par :

**Deva**  
Pharmaceutique

146-147, Zone Industrielle  
Tit Mellil - Casablanca

**circadin<sup>®</sup> 2 mg**  
comprimés à libération prolongée  
**Mélatonine**  
**30 comprimés**

Voie orale

**circadin<sup>®</sup> 2 mg**

comprimés à libération prolongée

**Mélatonine**

**30 comprimés**

**circadin<sup>®</sup> 2 mg**

comprimés à libération prolongée



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
Liste II - Uniquement sur ordonnance



**Soyez prudent**

Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

Médicament autorisé  
n° 34009 224 998 5 7



**BIOCODEX**

7 avenue Gallieni  
94250 Gentilly - France  
Tél. : +33 (0)1 41 24 30 00

**Comprimés à libération prolongée**

Chaque comprimé contient 2 mg de mélatonine.

Contient du lactose monohydraté.

Voir la notice pour plus d'informations.

Médicament soumis à prescription médicale.

**Voie orale.**

Lire la notice avant utilisation.

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

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

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



PC: 03400922499857

SN: ZWPDFED58F87

LOT: 3030702

EXP: 01 2026

**circadin<sup>®</sup> 2 mg**

comprimés à libération prolongée

**Mélatonine**

**30 comprimés**

RAD Neurim Pharmaceuticals EEC SARL  
4 rue de Marivaux  
75002 Paris  
France

e-mail: regulatory@neurim.com

EU/1/07/392/003

2.0457.1.204-01  
22965/02  
0620021-2-10N

A/E501024A

01041494-V3  
50x36x120

MAGNÉSIUM MARIN

**ZEN** mag<sup>®</sup>

LOT 22.348/FC22  
PER 12/2025  
PPC 84,70'

Stress  
Nervosité  
Troubles du Sommeil

32 Gélules

MAGNÉSIUM MARIN  
**ZEN** mag<sup>®</sup>

Magnésium Marin - Vitamine B6 - Mélisse  
Stress - Nervosité - Troubles du Sommeil



24,70

# طاراكسيت

هيدروكسيزين ثنائي كلوريدات

**25 ملغ**  
30 قرصا مغلفا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

**TARAXET® 25 mg**

30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NNP



6 118000 022954



|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | المدة |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | صباح  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | متوسط |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | مساء  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | قبل   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | بعد   |





# Cabinet de Psychiatrie et d'Addictologie عيادة الطب النفسي و علاج الإدمان

**Dr Nassim MABROUK**  
Médecin Psychiatre

Psychiatrie Générale  
Addictologie  
Pédopsychiatrie  
Gérontopsychiatrie

Casablanca, le 27/09/23.. في الدار البيضاء

- Mme ZINEB BOUZIDIA -

1) CIRCADIN LP 2mg  
1 cp sur petit 3 fois

en 3 fois

Dr MABROUK NASSIM

Médecin Psychiatre



**MaPharmacie**

44, rue du 19 du temple  
Bois République 75011  
Tél : 01 43 57 55 79

Ouvert 6/7. - 9h - 20h

Traitement : 3 fois

Rendez-vous le 3 fois / .....

📍 264 Bd Ghandi, résidence Jawharat Ghandi, Etg 4 - INPE: 061297156

☎ 05 20 51 77 42

✉ docteurmabrouk@gmail.com