

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-005058

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 378 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

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 : Age :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		



P 14/0032003

DATE DE DEPOT
/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Essaïdi GE BATOUL	
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		Essaïdi GE BATOUL
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 28/2/23	
Diabète + Bronchite aiguë + diarrhée		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		C	041286378
PHARMACIE	Date 28/02/2023		Pharmacie AL MASBAH AL KABIR
Montant de la facture		Mme SMILI WADIA	
5619100		9, Lot El Kora DYM - RABAT	
		Tél : 05 37 29 06 73	
		INPE : 102025772	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	

VOLET ADHERENT

NOM : Mle

DECLARATION N° P 14/0032003



Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

Cachet
MUPRAS

ORDONNANCE

le 28/2/23

Mr/Mme

Essaidi GE RATOUL

1/ Rinomicine
22,70 15 x 3/1

2/ Dentasa
33,70 1 syro/1

3/ Glucophage 1g (2 bords)
28,00 x 2
56,00 1 g x 2/1

4/ Imodium 2mg
30,50 1 gel x 3/1

5/ Omprel 20f
52,80 1 gel/1

6/ Artiflex gel
42,50 1 gel/1

7/ vitatine 13 x 2/1
77,50 1 cas x 2/1

Pharmacie Al MASBAH AL KABIR
Mme SMILI WADIA
9, Lot El Kora CYM - RABAT
Tél : 05 37 29 06 73
INPE : 102025772

Pharmacie Al MASBAH AL KABIR
Mme SMILI WADIA
9, Lot El Kora CYM - RABAT
Tél : 05 37 29 06 73
INPE : 102025772

Cachet du médecin



Posologie :

Reservé uniquement à l'adulte.
Débuter le traitement par un sachet toutes
6 heures puis continuer par un sachet toutes
8 heures - Sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu d'un sachet dans
un verre d'eau, bien mélanger et boire
immédiatement.

RINOMICINE®

Laboratoires de
Pharmaco-codina et Applications
Fabriqués sous licence par les Laboratoires PHARMA 5
S.A. - Pharmacie Responsable

ou FILIAL - Pharmacie Responsable

Rinomicine® boîte de 10 sachets



22,70

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

OMEPRAL® *Promopharm*

Oméprazole 20 mg

14 gélules

Voie orale

OMEPRAL *Promopharm*

Oméprazole 20 mg

14 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240570

52,80

LO 1005
PER 11/24
PPV 52DH80

Composition

Extrait de fenugrec, vitamines :
A, B1, B2, B5, B6, B9, B12, C, E, PP, H;
citrate de calcium (Ca = 14,5mg),
citrate de magnésium (Mg = 6,5mg),
gluconate de fer (Fer = 1mg), arôme
orange, épaississant : gomme guar,
saccharose, sorbate de potassium,
benzoate de sodium, eau purifiée.

Analyse Moyenne	Par 10 ml	AJR *
Fenugrec (extrait)	80 mg	-
Vitamine A	0,7 mg	87,5 %
Vitamine B1	1,12 mg	80 %
Vitamine B2	1,28 mg	80 %
Vitamine B5	4 mg	66,6 %
Vitamine B6	1,6 mg	80 %
Vitamine B9	0,16 mg	80 %
Vitamine B12	0,001 mg	100 %
Vitamine C	48 mg	96 %
Vitamine E	10 mg	100 %
Vitamine PP (Niacine)	12,8 mg	71,1 %
Vitamine H (Biotine)	0,1 mg	36,6 %

*Apport journalier recommandé pour enfant

VITATINE® 125 ml
11 vitamines + Fenugrec



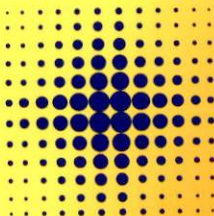
6 111255 810130

FLACON 125 ml

Complément alimentaire n'est pas un médicament

VITATINE®

11 vitamines + Fenugrec



Sirop Vitaminique

Goût Orange

Complément avec édulcorant

Conseil d'utilisation et Indications :

Massage apaisant des manifestations articulaires, occasionnelles ou chroniques. Massage de détente après effort ou fatigue accumulée. Usage externe appliqué sur les zones douloureuses.

Mode d'emploi : Appliquer le gel trois à quatre fois par jour et frictionner jusqu'à pénétration. Eviter tout contact avec les yeux, les muqueuses ou les lésions cutanées.

PAO : 12 Mois

Fabriqué par les Laboratoires Ircos 109, Q.I. Sidi Ghanem - Marrakech
Pour Ramo Pharm - 4 Rue Al Oukhouane Beauséjour - Casablanca, Maroc



N° 12012019/UPCHC/DMP20

ARTIFLEX® GEL 30g



6 111255 810284

Tube de 30g

Soins Naturel
Articulations, Muscles

ARTIFLEX® GEL



PENTASA 1G
15 SUPPOSITOIRES
PPV : 337,00 DH
ADSP N° 80/98DMP/21
LABORATOIRES SOTHEMA



رخصة التسويق في المغرب: 35/16/DMP/21/NRQ AMM au Maroc:

15 suppositoires



Pentasa®

1g, suppositoires
mésalazine

06 2025
07 2022
U14612A

EXP.: /
تاريخ انتهاء الصلاحية
FAB /
تاريخ التصنيع
Lot /
الرقم

إيموديوم 2 ملغ

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم الطابع الموصوف

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة II

gélule(s) ... fois/jour

pendant ... jours

LOT : ZZE012

PER : 08/2027

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



Glucophage® 1000 mg

Merck

Glucophage® 1000mg 

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221511

EXP 10/2025

PPV 28.00DH

غلوكوفاج 1000 مغ
قرص مغلف

كلور هيدرات الميتفورمين

30 قرص مغلف

عن طريق الفم

2CK



6 118000 081333

28,00