

# 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
- 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

N° M21- 048317

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2517 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boujidi Benjamsel

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 20 34 41 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/09/2023

Nom et prénom du malade : BENDRAOU NAIMA Age :

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

Nature de la maladie : Hypotension artérielle

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) :



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/09/23        | CIS               | —                     | 300,15 DH                       | <p>الدكتورة إيمان بن إمام</p> <p>إخصائية أمراض القلب والشرايين</p> <p><b>Dr. Imane BEN AMAR</b></p> <p>Cardiologue</p> <p>Centre d'Affaires Al Anouar Allal El Fassi</p> <p>Marrakech INPE-071255087</p> |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <p>Pharmacie HAY MOUADJID</p> <p>Lot: Marrakech (mm) 1</p> <p>10559</p> <p>11171</p> <p>77</p> | 25/9/23 | 244,70                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

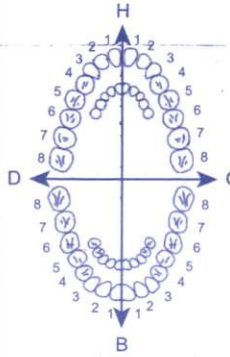
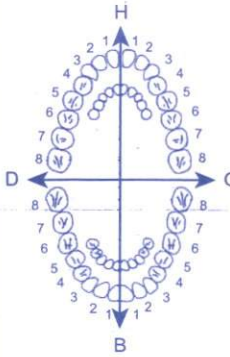
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 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<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|  | <table> <tr> <td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table> |                  |  | H  |  |  | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | D  |                  | G  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | B  |                  |  |  |  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|   | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |  | 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



Marrakech, le : 25-09-2023

**ORDONNANCE**

79,00 Bendroou Naima

1) Visenthal S.V.  
2 cp, le matin après repas pdr 1 mes

2) Bisoprolol ph  
2 cp, le matin après repas pdr 1 mes

76,20 3) Azyher  
4 cp x 2 j. pdr 3 j

89,50 4) Ainst Polton  
3 cp

244,80

FR

**Voie ophtalmique.** Lire la notice avant utilisation. **Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

Conserver les récipients unidoses dans le sachet, à l'abri de la lumière.

Après ouverture de l'unidose : utiliser immédiatement. Jeter l'unidose ouverte immédiatement après utilisation. Ne pas la conserver pour un usage ultérieur. A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

**Titulaire :** LABORATOIRES THEA - 12, rue Louis Blériot - 63017 CLERMONT-FERRAND - Cedex 2 - FRANCE

# Azyter®

## 15 mg/g

## أزيتير®

## 15 مغ/غ

Collyre en solution en récipient unidose

Azithromycine dihydrate

Récipient unidose de 0,25 g

Boîte de 6 récipients unidoses

قطرات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.

أزيتروميسين ثنائي الاماهة

وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 غ

علبة من 6 أوعية أحادية الجرعة.

**Sans conservateur**

**دون مادة حافظة**

**Théa**

Lot :

276AZ

Fab :

09/2022

EXP :

03/2024







Sans conservateur  
نوع حافظة

Collyre en solution  
6 récipients unitaires de 0,25 g  
قدرة التحمل على العينين  
الجرعة الحدية للجرعة 0,25 g

Azyter 15 mg/g / 15 mg/15

FR Azyter 15 mg/g

Azithromycine ..... 14,3 mg  
Sous forme d'azithromycine  
dihydrate ..... 15 mg

pour 1 g de solution

Un récipient unidose de 250 mg  
de solution contient 3,75 mg  
d'azithromycine dihydrate.

Excipient :

Triglycérides à chaîne moyenne.

AR أزيتر 15 مغ/غ

أزيترومييسين ..... 14,3 مغ  
على شكل أزيترومييسين  
ثنائي الاماهة ..... 15 مغ  
لـ 1 غ من المحلول

إن الوعاء أحادي الجرعة بسعة  
250 مغ من المحلول يحتوي  
على 3,75 مغ من الأزيترومييسين  
الثنائي الاماهة.

السواغ :

ثلاثيات غليسريد ذات سلسلة متوسطة.

MA

Enreg. MA n° :

258/19 DMP/21/NRQ

رقم التسجيل بالمغرب

258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses  
PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER

ZI de la Guène - 50211 COUTANCES

CEDEX - FRANCE

المصانع: مخابر اونيتير

المنطقة الصناعية في لا غيري

كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يبلع - لا يحق  
لشخص غير مختص

LISTE I - Uniquement sur ordonnance

قائمة 1 - إلا بوصفة طبية

86ETN1573

66ETN1573/F

AR

عن طريق العين. اقرأ النشرة قبل استعمال. يتك بعيدا عن رؤية و متناول الأطفال. تحفظ الأوعية الأحادية الجرعة في الكيس بعيدا عن الضوء. بعد فتح الجرعة الأحادية: تستعمل حالا. يجب رمي الجرعة الأحادية المفتوحة مباشرة بعد استعمالها. لا تحتفظ بها لاستعمال لاحق. يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

المالك: مخابر نيتا - 12 شارع لويس بليريو رقم - 63017 كلارمون فران سينكس 2 - فرنسا

تحفظ الأوعية الأحادية الجرعة في الكيس بعيدا عن الضوء. بعد فتح الجرعة الأحادية: تستعمل حالا. يجب رمي الجرعة الأحادية المفتوحة مباشرة بعد استعمالها. لا تحتفظ بها لاستعمال لاحق. يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

AINAT®  
Actifs naturels  
ROLL-ON

إيناط  
مستخلصات طبيعية

رول-أون

كركم، زنجبيل، أرنيكا  
ومستخلصات طبيعية أخرى

تدليك  
المفاصل  
والعضلات

ThérAPHARM  
LABORATOIRES

AINAT®  
Actifs naturels  
ROLL-ON

**CONSEILS D'UTILISATION :**

Usage externe.

Agitez le flacon avant son utilisation puis l'ouvrir. Positionnez la bille massante sur la zone sensible (nuque, épaule, dos, coude, genou, cheville). Appliquez le produit. Massez par mouvements circulaires jusqu'à absorption complète du produit.

Se laver les mains après utilisation. Répéter selon nécessité.

**PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :**

- Ne pas avaler.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Ne pas administrer aux enfants de moins de 6 ans.
- Éviter tout contact avec les yeux et les muqueuses.
- Ne pas appliquer sur une plaie ouverte.
- AINAT® ROLL-ON peut provoquer une légère sensation de chaleur liée à son effet bénéfique.

Fabriqué par Pharmalife Research - Garbagnate Monastero (LC) - Italie.

Importé et distribué au Maroc par ThérAPHARM  
100, rue Annakhai 20370 - Casablanca

Autorisation Ministère de la Santé n° :

1221/33680/2019/COSMATD/DMP/RR/18

50 ml

e



f.503

# AINAT®

Actifs naturels

## ROLL-ON

Curcuma, Gingembre,  
Harpagophytum, Arnica  
et autres actifs naturels

**MASSAGE  
MUSCULAIRE  
ET ARTICULAIRE**

**ThérAPHARM**  
LABORATOIRES



8 051128 636727

Lot : 23044  
À consommer de  
préférence avant le : 02/2026  
P.P.C : 89,50 DH

# AINAT®

Actifs naturels

## ROLL-ON

### COMPOSITION :

Aqua, Alcohol Denat, Glycerin,  
Propylene Glycol, Peg-40 Hydrogenated  
Castor Oil, Trideceth-9, Camphor,  
Gaultheria Procumbens Leaf Oil,  
Phenoxyethanol, Carbomer, Curcuma  
Zedoaria Root Oil, Menthol,  
Triethanolamine, Arnica Montana  
Flower Extract, Harpagophytum  
Procumbens Root Extract, Zingiber  
Officinale Root Oil, Salix Alba Bark  
Extract, Cinnamal, Eugenol, Benzoic  
Acid, Tetrasodium Glutamate  
Diacetate, Dehydroacetic Acid,  
Limonene, Linalool, Benzyl Benzoate,  
Citral, Geraniol, Ethylhexylglycerin,  
Cinnamomum Zeylanicum Bark Oil,  
Citronellol, Farnesol, Potassium  
Sorbate.

- Formule sans parabens
- Formule ayant fait l'objet de tests  
allergologiques et microbiologiques
- Non testé sur les animaux

### PROPRIÉTÉS :

AINAT® ROLL-ON est une formulation  
à base d'actifs naturels qui agit  
localement pour soulager les zones  
de tensions musculaires et articulaires  
assurant ainsi plus de confort et de  
mobilité.

**Pharmalife**  
RESEARCH 

10578NA,  
MAR 003

