

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 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° W21-776545

1989

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Maladie Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3218 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BELJIBR Zainia

Date de naissance : 18712158

Adresse : Moc F M N B 39 aite Dabale

Tél. : 0661389556

Total des frais engagés : 1509 Dhs

Anticipation CNPD N° : A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/02/2024

Nom et prénom du malade : BELJIBR Zainia

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Moc F M N B 39 aite Dabale

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27/02/2024

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-776545

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 : 3218

Nom de l'adhérent(e) : BELJIBR Zainia

Total des frais engagés : 1509 Dhs

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 EL FAITH 100, Cité Dahlia 10059	27/02/2024	1359,30 dhs.

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.

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

35,30

دوسيدين®
كريم أنيوب من 5 غ
%

35,30

53,20

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 1g/125 mcg
sache

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al accam roches
noires casablanca
ATACAND

16 mg
Gpr séc
Bte de 30

14016 DMP 21 NRO P.P.V: 165,50 DH
6 118001 020546

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des
repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 126,30 DH
LOT: 651844
PER: 03/25



Respecter les doses prescrites
احترم الجرعة الموصى بها

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER

دِيْتِنْسِيَال + الْحَمْل = خَطَر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace

- la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

1. استعمل لدى
- المراهقين النساء في سن
الحيض دون وسائل منع الحمل
الفعالة.
- المرأة الحامل إلا في حالة عدم
وجود بديل ملائم.

Liste I - Uniquement sur ordonnance
القائمة 1 - يصرف فقط بناء على وصفة طبية



DETENSIEL + GROSSESSE = DANGER

دِيْتِنْسِيَال + الْحَمْل = خَطَر

Ne pas utiliser chez :

- l'adolescente ou la femme en âge de procréer et sans contraception efficace

- la femme
enceinte,
sauf en
l'absence
d'alternative

لا استعمل لدى
- المراهقين النساء في سن
الحيض دون وسائل منع الحمل
الفعالة.
- المرأة الحامل إلا في حالة عدم
وجود بديل ملائم.

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Après la première injection
 Ne pas conserver à une température dépassant 30°C.
 Peut être conservé au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C).
 Utiliser pendant les 8 semaines.
 Gardez le capuchon sur le stylo pour le protéger de la lumière.
 Jetez toujours l'aiguille après chaque injection.



الأطفال

· مستخدم

من هن شخص واحد فقط

سحب المحلول من القلم

يستخدم فقط إذا كان المحلول صافياً وعديم اللون

يغزن في الثلاجة (2°C - 8°C). يجب عدم تجميده.

بعد الفتح لأول مرة: يجب غلقه في درجة حرارة لا تتجاوز 30°C.

يمكن الاحتفاظ به في الثلاجة (2°C - 8°C). يحفظ بعد أول فتح لمدة 8 أسابيع.

يحفظ الغطاء الواقي على القلم لحمايته من الضوء

يجب رمي الإبرة بعد كل الإستعمال.

يحتوي كل قلم حقن مسيقى التعينة على 300 وحدة من التسولين ديجلوتك في 3 مل من المحلول.

يحتوي 1 مل من المحلول على 100 وحدة من التسولين ديجلوتك (ما يعادل

3,66 ملغم)، غليسيرول، ميتكريزول، فينول، خلات الزنك، حمض

هيدروكلوريك وهيدروكسيد الصوديوم (تعديل الرقم الهيدروجيني) وماء

للحقن.

© 2020

مستورد و موزع من طرف لا بروفان

21 زنة الأردية 20300 الدار البيضاء

نوفو نور تسك مل/م

نوفو نور

دك 2880 باوسفورد

الدنمارك

Respecter les doses prescrites

احترم المقاييس المعينة

Uniquement sur ordonnance / Liste II

يصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة II



Novo Nordisk A/S,
 Novo Allé, DK-2880 Bagsværd,
 Danemark

© 2020

Importé et distribué sous licence
 par LAPROPHAN

® 21, Rue des Oudaya
 20300 Casablanca



Novo Nordisk

MP58482

06/2024

01/2022

Fab. / Per. / Lot: ٢٠٢٤/٢٠٢٢/٥٨٥٢١ / ج.٢١

KETUM

Kétoprofène
Tube de 60 g

2,5% gel

60 g de gel à 2,5% application locale



MENARINI INTERNATIONAL

LOT : 0005
PER : MAR 2026
PPV : 52 DH 80

KETUM

Kétoprofène
Tube de 60 g

2,5% gel

Indications, contre-indications, précautions d'emploi : Lire attentivement la notice avant utilisation. Ce médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C. Ne pas laisser à la portée des enfants. Mode et voie d'administration : Voie locale. Faire pénétrer le gel par un massage doux et prolongé, sur la région douloureuse ou inflammatoire. Mises en garde spéciales : **Se laver soigneusement les mains après chaque utilisation.**

Indication : موضعية. موانع الاستعمال. احتياطات الاستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتهاء قبلي الاستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية و طريقة الاستعمال: الطريقة الموضعية. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتئبة إلى أن يتم امتصاصها كلها. تحذيرات خاصة: يجب غسل اليدين بعناية بعد كل استعمال.

Protéger les zones traitées par le port d'un vêtement pendant le traitement et les deux semaines suivant larrêt. Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسبوعين الموالين لتوقيته. لا تتعرضوا لأنشعة الشمس (حتى ولو كانت السحب تحجبها) ولا للأشعة فوق البنفسجية.





CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

AstraZeneca



CRESTOR®
rosuvastatine

10 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH



6 118001 183111

AstraZeneca

Lot 34053
Exp 01/2026
Fab : 02/2023

Atacand®
candesartan cétil 16 mg

Liste I Uniquement sur ordonnance
قائمة 1- لا يسلم هذا الدواء الا بوصيب وصفة

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعات الموصى بها

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants

اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء.
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول
وبصر الأطفال

[ATA16mg/ANIIIA/0716.1]



**ATACAND + GROSSESS
INTERDIT**

**Ne pas utiliser chez la femme enceinte
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace**

N° AMM Maroc / رقم رخصة التسويق في المغرب : 140/16 DMP.

5 000456 037969

16 mg
Bte de 30
6 118001 020546

16 mg
Cpr stc

ATACAND

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubir bou al aouam roches
noires casablanca