

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Maladie :

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

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° P19- 0037930

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1376 Société : R. A. M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMANI Fatima ep ZAHIR

Date de naissance : 01/01/1950

Adresse : 16 Rue Ahmed El Yazidi champs de course FES

Tél. : 0660946970 Total des frais engagés : 431,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/12/2020

Nom et prénom du malade : RAHMANI Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Cancer du sein

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 : 09/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/2022	231,50

[illegible][illegible]

**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

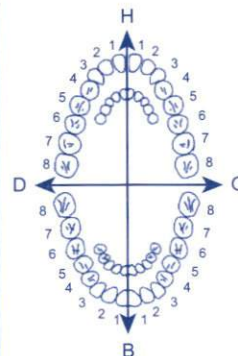
[illegible]

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100px; margin: 0 auto;"> <span><b>D</b></span> <span><b>G</b></span> </div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> <span><b>B</b></span> </div> </div> <table style="margin: 10px auto; width: 80%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">                 25533412                  00000000             </td> <td style="width: 50%; text-align: center;">                 21433552                  00000000             </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">                 00000000                  35533411             </td> <td style="text-align: center;">                 00000000                  11433553             </td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553
25533412 00000000	21433552 00000000				
00000000 35533411	00000000 11433553				

 COEFFICIENT DES TRAVAUX ||  | **(Création, remont, adjonction)**   Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | MONTANTS DES SOINS |
		DATE DU DEVIS
COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

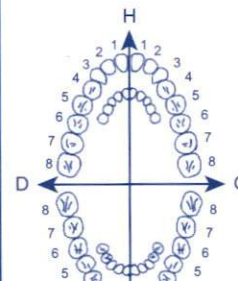
COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

**(Création, remont, adjonction)**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**Docteur HAKEM Abdelkader****Chirurgien Orthopédiste-Traumatologue**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Marseille

Ancien Interne du CHU de Marseille

Ex-Chirurgien de l'Hôpital d'Aix En Provence France

**الدكتور حاكم عبد القادر****اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل**

خريج كلية الطب بمارسييا

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات مارسييا

طبيب جراح سابقا بمستشفى إكس أن بروفانس بفرنسا

فاس، le 23/10/2024

Fatima RAOUANI

49,40

Cetars sup x 3/1

Ketun sel 1 sup x 3/1 j 52,80

Mobic NT : sup 61,50

apris x sup

Pansel sup x 3/1 j 15,00

et 1 gel le bin avant x sup

52,80

PHARMACIE MOULAY IDRIS

Dr SEBTI IKRAM

Lot. Kenza Champs de Course - FES

05 35 65 10 50

شارع الجيش الملكي، إقامة أمنية، شقة 1 (فوق متجر كيتيا) - فاس

Avenue des F.A.R. Résidence Oumnia, Appt. 1 (Au dessus de KITEA) Fès

Tél.: 05 35 65 66 50 • الهاتف • Urgences 24/24 : 06 61 15 74 58

Sous license de :

A. MENARINI M.L. and S., S.R.L.

Via Rosolino Pilo, 4 - 50100 FIRENZE - ITALIE

Fabriqué et distribué par :

PHARMACEUTICAL INSTITUTE

BP 4491, 12100, Ain El Aouda-Maroc

Maria SEDRATI Pharmacien Responsable

يصنع و يوزع من طرف:

مختبرات معهد الصيدلة

ص.ب. 4491 - 12100 عين العودة، المغرب

الصيدلي المسؤول: مربية الصدراتي



LOT: 996  
PER: JAN 2023  
PPV: 52 DH 80

**KETUM** 2,5%  
Kétoprofène  
gel  
Tube de 60 g

**KETUM** 2,5% gel  
Kétoprofène  
Tube de 60 g



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.**

دواعي الإستعمال، موانع الإستعمال، احتياطات الإستعمال: اقرأوا هذه النشرة بانتباه قبل الإستعمال. يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارية تقل عن 25° مئوية. لا تتركوه في متناول الأطفال. كيفية و طريقة الإستعمال: الطريق الموضعي. يدهن المرهم بتدليك لطيف، على المنطقة المؤلمة أو الملتهبة إلى أن يتم امتصاصها كليا. 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 l'arrêt. Ne pas s'exposer au soleil (même voilé), ni aux UVA.

يجب حماية المناطق المعالجة بلباس خلال مدة العلاج بأكملها وخلال الأسبوعين المواليين لتوقيفه. لا تتعرضوا لأشعة الشمس (حتى ولو كانت السحب تحجبها) و لا للأشعة فوق البنفسجية.

NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

لا يتلع  
يجب احترام الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Liste II

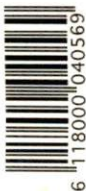


MENARINI INTERNATIONAL



Mobic® 15 mg  
Meloxicam

14 comprimés sécables



14 comprimés sécables

Uniquement sur ordonnance

15 mg

Mobic®  
Meloxicam

A conserver dans l'emballage  
extérieur, à l'abri de l'humidité.  
AMM N° 52/13 DMP/21/NCV



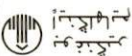
RESPECTER LES  
DOSES PRÉSCRITES

PPV: 61DH50  
PER: 05/23  
LOT: J1427

*Handwritten: 4 après*

فقط حسب وصفة طبية  
14 قرصا قابلا للتقسيم

15 ملجم  
موبيك  
ميلوكسيكام



**PANALGIC®**

500 mg/50 mg

Paracétamol - Caféine

Antalgique - Antipyrétique

16 Comprimés  
Voie orale

**COMPOSITION :**

Paracétamol ..... 500 mg  
Caféine ..... 50 mg

• Excipients :

..... q.s.p un comprimé

**EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE :** Lactose.

**POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :**

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Les comprimés doivent être avalés avec un peu d'eau.

**INDICATIONS :**

Traitement symptomatique de la fièvre et des douleurs.

**التركيب :**

باراسيتامول ..... 500  
مليغ  
كافيين ..... 50  
مليغ

• مكونات : كمية كافية لقرص واحد

• سواغ ذو طعم معروف : لاكتوز.

• الجرعة و طريقة الإستعمال :

اقرأ النشرة الدوائية بدقة قبل الإستعمال.

• يجب تناول الدواء مع قليل من الماء.

• حالات الإستعمال :

معالجة الحمى و الأوجاع.

PANALGIC® 500 mg/50 mg  
16 comprimés



6 118000 020547

بنالجيك®  
براسيتامول - كافيين  
500 ملغ/50 ملغ

16 قرصا  
عن طريق الفم

مسكن للأوجاع ومضاد للحمى

تيو كوكو لشكر زيد

# كولتراكس<sup>®</sup>

49,40

12 قرصا من 4 ملغ

أقراص



**Formule :**

Thiocolchicoside ..... 4 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé  
Boîte de 12 comprimés.

**A POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville Quartier Arsallane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

مستحضرات طبية بيطرية

الصيدلاني الحبيب

**Comprimés**

12 comprimés de 4 mg



**Coltrax<sup>®</sup> 4 mg**

12 comprimés



6 118000 120322

THIICOLCHICOSIDE

**Coltrax<sup>®</sup>**

1 mali  
1 midi  
1 son