

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° P19- 0025794

ND: 51181

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1445

Société : BAO

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Rich Ascherman

Date de naissance : 02/06/1938

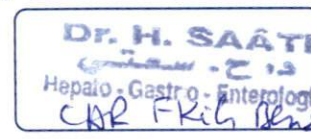
Adresse : Hay Dararouna rue 14 n° 185 Ain Chak

Tél : 0698988267

Total des frais engagés : 518 DA # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : Houdak Fatima

Age : 66 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : maladie médicale

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 : FBS

Le : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

A. Richy

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.

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

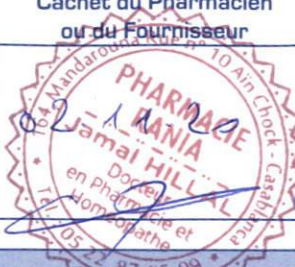
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
02/11/20		CSG. rkte		Dr. H. SAATI Hépat. - Gastr. - Entérologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/20	518 00 DH
		092058908

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

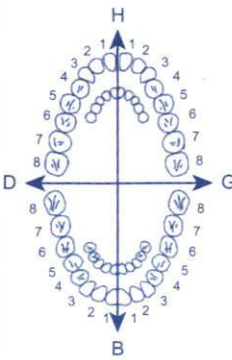
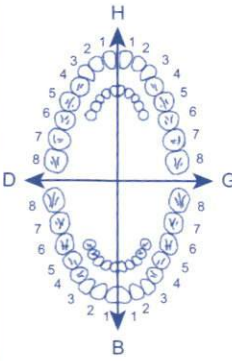
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le b

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B				Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : 08/11/2020

ORDONNANCE

Mr Hark Fatima

28 x 2 = 56

1) Glucophage 1000



Pr, Jo 1/2 x 2/

2) Diamicon 60



2cp/

24/40

3) Levotyrox 100

1/4 cp/



210

4) dymica 25



3 x 3 = 64 1/2 x 2/

5) closte c - (N°3)

1cp/



TSVL

8/6/90 Castel LD
9 gants;

Total: 518



Dr. H. S. [Signature]
Hépatite - Gastro - [Signature]





PMA050712



Laboratoires Pfizer S.A. Maroc
P.P.V: 210DH00

ليريكا®

بريجابالين

25 مجم

كبسولة

56 كبسولة

كل كبسولة تحتوي على 25 مجم من بريجابالين

Clartec®

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique

Formule :

Loratadine 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : lactose

Indications, contre-indications, précautions d'emploi, posologie : voir notice.

Respecter les doses prescrites
A.M.M. : 07/DMP/21/NRQ

Fleximat

Clartec®

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique

Clartec 10mg :

boîte de 15 comprimés



Laboratoires Pharmaceutiques **PHARMAS**
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

32,00

Clartec®

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique

Formule :

Loratadine 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : lactose

Indications, contre-indications, précautions d'emploi, posologie : voir notice.

Respecter les doses prescrites
A.M.M. : 07/DMP/21/NRQ

Fleximat

Clartec®

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique



Clartec 10mg :

boîte de 15 comprimés



6 118000 090212

Laboratoires Pharmaceutiques **PHARMAS 75**
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

32,00

Clartec®

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique

Formule :

Loratadine 10 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipients à effet notoire : lactose

Indications, contre-indications, précautions d'emploi,
posologie : voir notice.

Respecter les doses prescrites
A.M.M. : 07/DMP/21/NRQ

Fleximat

Clartec®

Loratadine

10 mg

15 comprimés

Médicament Antiallergique

Clartec 10mg :
boîte de 15 comprimés



Laboratoires Pharmaceutiques **PHARMAS**
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

A 14471

32,00

Composition:

Lévothyroxine sodique (DCI) 100,00 µg
Excipient q.s. ...pour un comprimé sécable.

Excipient à effet notoire : lactose.

AMM MAROC N°: 97/12 DMP/21/NCP

Lire la notice avant utilisation.

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

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

Levothyrox® 100 µg comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



30 comprimés sécables

MERCK

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكروغرام
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
سواغات : ك.ك. لقرص قابل للكسر
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 م
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Composition:

Lévothyroxine sodique (DCI) 100,00 µg
Excipient q.s. ...pour un comprimé sécable.

Excipient à effet notoire : lactose.

AMM MAROC N°: 97/12 DMP/21/NCP

Lire la notice avant utilisation.

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

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

Levothyrox® 100 µg comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



30 comprimés sécables

MERCK

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكروغرام
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
سواغات : ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

Composition:

Lévothyroxine sodique (DCI) 100,00 µg
Excipient q.s. ...pour un comprimé sécable.

Excipient à effet notoire : lactose.

AMM MAROC N°: 97/12 DMP/21/NCP

Lire la notice avant utilisation.

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

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

Levothyrox® 100 µg comprimé sécable

Lévothyroxine sodique

Voie orale



30 comprimés sécables

MERCK

التركيب:
ليفوثيروكسين صودي DCI 100.00 ميكروغرام
لا تترك الدواء في متناول ومراى الأطفال
سواغات : ك.ك. لقرص قابل للكسر
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز
يجب حفظ هذا الدواء في حرارة لا تتجاوز 25 °م

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:

Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne

1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

04'87

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

احترسوا! لا تأخذوا جرعة زائدة
احترسوا! لا تأخذوا جرعة زائدة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
قائمة 1: لا تأخذوا جرعة زائدة
Liste 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



Les Laboratoires Servier - France
Imm. ZEVA CO, lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca
Maroc

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants



Composition
Gliclazide: 60 mg
Excipients (dont lactose) : s.p. 1 comprimé sécable
Voie orale
Lire attentivement la notice avant utilisation.

يحفظ بعيداً عن متناول يد الأطفال وعن نظرتهم.
اقرأ بديهة الشرة الداخلية قبل الاستعمال.
يؤخذ عن طريق الفم.
السواء (بعضين سكر الحليب) : الكمية الكافية لجدة واحدة قارية للكسر.
كل كلاً من (60) ملغ
التركيب

DIAMICRON® 60 mg
Gliclazide
Comprimés sécables à Libération Modifiée



Découverte de la Recherche Servier

60 Comprimés sécables

دياميكرون® 60 ملغ
كل كلاً من (60) ملغ
حبات قابلة للكسور وتحرر دوائاً
60 حبة قابلة للكسور

Cartéol® L.P. 2%
Collyre à libération prolongée

Collyre à libération prolongée 2 g / 100 ml / 100 ع / 100 ع
كلور هيدرات الكارتول / Cartéol® L.P. 2%

Cartéol® L.P. 2%
كارتول ت.م 2%

Bausch & Lomb
Laboratoire Chauvin

قلل زلات العين
كارتول ت.م 2%

Art. 86128
C1DZMATU01

COMPOSITION: Chlorhydrate de cartéol : 2 g
Excipients: solution de chlorure de benzalkonium, acide alginique

disodique (E 339), phosphate
de sodium (E 339), chlorure de sodium, hydroxyde
Excipient à effet notoire : chlorure de benzalkonium

الكلور هيدرات الكارتول 2 غ / 100 مل
مكونات: محلول كلوريد الكارتول 2 غ / 100 مل
مكونات: محلول كلوريد الكارتول 2 غ / 100 مل
مكونات: محلول كلوريد الكارتول 2 غ / 100 مل

Facon de 3 ml (75 gouttes) / 3 مل (75 قطرة)
Uniquement sur ordonnance / فقط بوصفة طبية
يستخدم فقط بوصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
(احرص من الجرعات الموصوفة)

Medicament autorisé n° / En installation oculaire
D.E. Algérie n° / 16/07/17C147/096
AMM Tunisie n° / 16/07/17C147/096

Montpellier
Labo Chauvin
416, rue Samuel Morse - CS 99535, 34961
Cédex 2 - FRANCE

المصنع و الموزع
Z.I. Ripotier Haut - 07200 AUBENAS - France

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Après première ouverture du flacon, à
conserver au maximum 28 jours.
A conserver à une température ne dépassant
pas 25°C.

حالات الاستعمال، الجرعات، التحذيرات
اقرأ هذه النشرة بعناية قبل الاستخدام
يحفظ بعيدا عن متناول و رؤية الأطفال
لا تحتفظ به أكثر من 28 يوما بعد فتح العبوة
يحفظ في درجة حرارة لا تفوق 25°م

Cartéol est une marque déposée d'Otsuka
Pharmaceutical Co. Ltd utilisée sous licence par
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.



Soyez prudent
Ne pas conduire sans
avoir lu la notice
توخوا الحذر
تجنب القيادة قبل قراءة
النشرة

Cartéol® L.P. 2%
كارتول ت.م 2%



NE PAS INJECTER
لا يجوز حقنه
قائمة 1 / 1

كارتول هي علامة تجارية مسجلة لشركة أوتسوكا
لأدوية Co. Ltd المستخدمة من قبل بوش و لومب
الكاربوريتد أو شركائها الفرعية بموجب ترخيص.

14
16

Glucophage[®] 1000 mg


Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

LOT 191700
EXP 11/2022
PPV 28.00DH



Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

 Merck Serono


Glucophage[®] 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate



Voie orale

30 Comprimés pelliculés 

LOT 191700
EXP 11/2022
PPV 28.00DH

 Merck Serono