

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

- 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° W19-587655

53309

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : Ouled Boumehdi Mira

Date de naissance : _____

Adresse : Rue ALKasbah N° 54 Hay Imbriet Sale

Tél. : 06 44 64 6868 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : _____

Date de consultation : 21.11.20

Nom et prénom du malade : Ouled Boumehdi Mira Age : _____

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

Nature de la maladie : gonalgie

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 : Sale le : 33/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-587655

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 : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumehdi Mira

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : 10.12.2020

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
21.11.2012				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.11.2012	200,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P.C	I M	I V	
21.11.2012						100,40

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</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>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																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																					
				DATE DU DEVIS []																					
			DATE DE L'EXECUTION []																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

دكتور براهمي الحبيب
الطب العام

سلا، في 31.11.2020

Dep Colap
2270X2 (2)

Pharmacie El
5100 +
Dile (2)

3
5070X2 (14)
200/100

Laboratoires
Pfizer S.A.



يحتوي ديبو ميديرول 80 مغ / 2 مل على 80 مغ من
أسيتات ميثيل برينديزولون في 2 مل من مستعلق قابل للحقن (40 مغ/مل).
السواغات: ماكروغول 3350؛ كلوريد الميريسيتيل
جاما بيكولين؛ كلوريد الصوديوم؛ ماء الحقن.
يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال. يُحفظ في درجة
الحرارة المحيطة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).
يرجى قراءة النشرة قبل استخدام.
رج جيندا قبل الاستخدام.

PAA100881

80 mg/ml acétate de méthylprednisolone dans 2 ml de
suspension injectable (40 mg/ml).
Macrogl 3350, chlorure de myristyl-gamma-picoline,
chlorure de sodium, eau pour préparations
injectables.

Lire la notice avant l'utilisation.

Agiter avant l'emploi. Tenir hors de la vue et de la

portée des enfants.

Conserver à température ambiante (15-25°C).

Médicament soumis à prescription médicale.

Ne jetez aucun médicaments au tout-à-l'égout ni
avec les ordures ménagères. Demandez à votre
pharmacien d'éliminer les médicaments que vous
n'utilisez plus.

K752
SC105
ZWA87
BL541
BL320
R0032

DEPO-MEDROL®
80 mg/2 ml

suspension injectable/ مستعلق للحقن

acétate de méthylprednisolone/ أسيتات ميثيل برينديزولون

2 ml Seringue/ حقنة 2 مل

I.M. - يُحقن عن طريق العضل

ديبو ميديرول®
80 مغ/2 مل

Injection par voie intramusculaire

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice أنظر البيان

حقنة في العضل

إرشادات
مقادير
كيفية الإستعمال
حالات عدم الإستعمال

محلول للحقن
6 أنابيب من 2 مل

LOT 081719

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

كولتراكس

تيوكولشكزيد

Formule par ampoule :

Thiocolchicoside 4 mg
Solution isotonique q.s.p. 2 ml
Boîte de 6 ampoules.

Fabriqué par **POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I

THIOLCHOLCHOSIDE

Coltrax



6 118000 120339

Coltrax® 2 ml
6 ampoules



Solution injectable
6 ampoules de 2 ml

Handwritten signature and date 11/13

DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

suspension injectable/ الحقن مستعلق

acétate de méthylprednisolone/ أسيتات ميثيل بريدنيزولون

2 ml Seringue/ مل حقنة 2

I.M. - يحقن عن طريق العضل

مالك حق التسويق/ Titulaire:

Pfizer SA, 17 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles, Belgique

مالك حق التسويق في المغرب/ Titulaire de l'AMM Marocain:

Laboratoires Pfizer S.A., km 0.5, Route de Oualidia, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

المصنع/ Fabricant:

Pfizer Manufacturing Belgium NV, Rijksweg 12, 2870 Puurs, Belgium

ديبو ميترول®

80 مغ/2 مل

أسيتات ميثيل بريدنيزولون/ acétate de méthylprednisolone

2 ml Seringue/ مل حقنة 2

I.M. - يحقن عن طريق العضل

مالك حق التسويق/ Titulaire:

Pfizer SA, 17 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles, Belgique

مالك حق التسويق في المغرب/ Titulaire de l'AMM Marocain:

Laboratoires Pfizer S.A., km 0.5, Route de Oualidia, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

المصنع/ Fabricant:

Pfizer Manufacturing Belgium NV, Rijksweg 12, 2870 Puurs, Belgium



يحتوي ديبو ميترول 80 مغ / 2 مل على 80 مغ من أسيتات ميثيل ريدنيزولون في 2 مل من مستعلق قابل للحقن (40 مغ/مل).

السواغات: مأكروغول 3350؛ كلوريد الميريسيتيل جاما بيكولين؛ كلوريد الصوديوم؛ ماء للحقن.

يُحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال. يحفظ في درجة الحرارة المحيطة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).

يرجى قراءة النشرة قبل استخدام.

رج جيداً قبل الاستخدام.



احترم الكمية الموصوفة:

Uniquement sur ordonnance

Liste I

بصرف بوصفة طبية. لائحة I.

LOT/EXP.:
DW2085
01/2025
P.P.V.:37DH70

PAAT00881

DEPO-MEDROL 80MG/2ML INJ
Pfizer S.A.
6 118001 170487

COMPOSITION :

Chacune des 2 ampoules contient :
 Diclofénac sodique : 75 mg
 Excipients q.s.p. : 1 ampoule de 3 ml
 Excipients à effet notoire : Alcool benzylique,
 méthosulfate de sodium

1	2
Usure	Usure
Motin	Motin
Midi	Midi
Soir	Soir

Ne pas dépasser la dose prescrite
 AMM : 94 DM2721 NMO

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
 Yverdon, L'ABO, FLAUI - Pharma, sans responsabilité

Pharmas 75mg
 le 2 ampoules Im.



6 118000 091363

Diclo

Pharma

75 mg

DICLOFENAC SODIQUE



Adulte
 + 15 ans *

- Anti-inflammatoire
- Anti-rhumatismal



2 Ampoules Injectables
 Voie parentérale IM

LABORATOIRES
PHARMAS
 YVERDON, L'ABO, FLAUI
 sans responsabilité

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS,

PRECAUTIONS D'EMPLOI, POSOLOGIE :

Voie orale intraveineuse.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à l'abri de la lumière et à une température inférieure à 30°C.

* A partir de 15 ans.

• Doux, l'asthme, l'usage de l'asthme,
 l'asthme, l'asthme, l'asthme :

• l'asthme, l'asthme, l'asthme.

• l'asthme, l'asthme, l'asthme.

• l'asthme, l'asthme, l'asthme.

• l'asthme, l'asthme, l'asthme.

75 mg

فارس

ديكلو

• مضاد للالتهاب
 • مضاد للروماتيزم

• 15 سنة



• 15 سنة

LOT : 6895
 PER : 11-21
 P.P.V : 15DH00

LABORATOIRES
PHARMAS
 YVERDON, L'ABO, FLAUI
 sans responsabilité



2 حقن
 عن طريق العضل

IPOSEC®

Lansoprazole

30 mg

15 Gélules
Gastro-résistantes

Voie orale

LOT 20379

EXP 03/22

PPV 590H00



IPOSEC® 30 mg ○
15 Gélules
Gastro-résistantes



500679b



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR
Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630
Mohammedia - Maroc

صنع من طرف مختبرات أفريك-فار
المنطقة الصناعية عين حرونة غرب
الطريق الجهوي رقم 322،
(الطريق الثاني 111 سابقاً) كلم 12.400 عين حرونة
28630 المحمدية - المغرب

Medicament autorisé
N° : 06DMP/21/NCN



Respecter les doses prescrites
احترام الجرعات الموصفة

Tableau C

C جدول

إپوسک®

لوزوپرازول

30 ملغ

15 برشامة
مقاومة لحموضة المعدة

عن طريق الفم

