

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° W19-587655

53309

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 663501

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Ouled Boumehdi Mina

Date de naissance :

Rue ALKasbah N° 54 Hay limbiet salé

Adresse :

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 Mina

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 un 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) :

2020.11.20

ACCUEIL
MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

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 Mina

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

10.11.2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.11.20	C	1	100	INP : Signature et cachet du praticien

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature et cachet du pharmacien	21.11.2020	20040

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
		AM	P/C	IM	IV	
21.11.20	01/11/2020	1	1	1	1	100/1

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 :

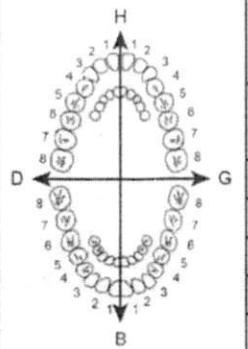
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

دكتور براهمي الحبيب
الطب العام

RIBA
Dr BRAHIMI HABIB
MEDICAL PRACTICE
21, Rue Kammoun
Sala, Tunisia
Salé, le 31-11-20

Dep Collof

200,00 (2)

Collof

51,00 +

Collof (2)

15,00

rose (14)

rose

200,00 (2)

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

Laboratoires
Pfizer S.A.



6 18001170487

PAA100881

80 mg/5 ml acétate de méthylprednisolone dans 2 ml de suspension injectable (40 mg/ml).
Macrogol 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.

portée des enfants.
Conserver à température ambiante dans un endroit sec et à l'abri de la lumière directe.
Médicament soumis à une prescription médicale.
Ne jetez aucun médicament dans les égouts. Recyclez-les ou demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments non utilisés plus.

portée des enfants.
Conserver à température ambiante (15-25°C).
Médicament soumis à prescription médicale.
Ne jetez aucun médicaments au tout-à-l'égoût ni
avec les ordures ménagères. Demandez à votre
pharmacien d'éliminer les médicaments que vous

K752
SC105
ZWART
K7541
L320
00032

بیبو میدرول® ۸۰ مل / ۲ مع

DEPO-MEDROL®
80 mg/2 ml

استنات مثيل بـ بيتينز ولون/ suspension injectable/ acétate de méthylprednisolone/ مسعلق للحقن

**حقنة 2 مل Seringue/
يتحقق عن طريق العضل - M.M.**

Injection par voie intramusculaire

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice

أنظر البيان

حقنة في العضل

إرشادات

مقادير

كيفية الاستعمال

حالات عدم الاستعمال

محلول للحقن
6 أنابيب من 2 مل

LOT 081719
UT AV 02 23
PPV 51.00 DH

كولتركس®

تيوكولشكزيذ



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. HOU BACHI - Pharmacien Responsable.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

LISTE I

THIOCOLCHICOSIDE
Coltrax®

6 ampoules
Coltrax® 2 ml
Barcode: 6 118000 120339
⊗

6 ampoules de 2 ml
Solutioin injectable

11/13

DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

suspension injectable/
مسعلق الحقن

أسئلات ميثيل بريندزولون / suspension de méthylprednisolone

حقنة 2 مل / 2 ml
يُحقن عن طريق الحقن - I.M.

ديبو ميدرول

من 80 مل / 2 مل

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

LOT/EXP:

صالحة حتى التسويق:

Pfizer SA, 177 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles, Belgique

مالك حتى التسويق في المغرب:

H.C. de l'AMM Marocain/ H.C. de l'AMM Marocain, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

المصنعة:

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

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

Liste

يصرف بوصفة طبية، لاحقة.



يحتوي ديبو ميدرول 80 منج / 2 مل على 80 منج من ميثيل بريندزولون (40 منج/مل).

أسيتات ميثيل رينوزلون في 2 مل من مسعلق قبل الحقن (40 منج/مل).

السوائل؛ كلورود الصوديوم؛ ماء الحقن.

يحفظ بعيداً عن متطلبات ومرأى الأطفال. يحفظ في درجة الحرارة المحددة (من 15 إلى 25 درجة منوية).

يرجى قراءة الشرة قبل استخدام.

رج جيداً قبل الاستخدام.

Laboratoires Pfizer S.A.
DEPO-MEDROL 80MG/ML INJ
6 18001170487

Pfizer

Pfizer

PAA100881

COMPOSITION :

Chaque ampoule contient:

Diclofenac sodique

Excipients q.s.p. : 1 ampoule de 3 ml

Excipients à effet notoire: Alcool benzylélique,

nétilabisulfite de sodium

U.	1
Unité	ampoules
Min.	1
Max.	1
Sig.	

V. Vienne LAH DU FIL ALU Pharm. 
Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
n° de lot/du fil/alu: _____

AMM: 94-DMP-21-NFD
Ne pas dépasser la dose prescrite


DICLO

DICLOFENAC SODIQUE



75mg

6

118000091363




2 Ampoules injectables

(Viale parentérale IM)



- * Anti-inflammatoire
- * Anti-rhumatismal

INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS, PRÉCAUTIONS D'EMPLOI, POSOLOGIE :

Voir notice inférieure.

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.

دواعي الاستعمال، مواعي الدعér :

احتياطات الاستعمال المعتبر :

أنتظار التشرب، الدواء في متادار الأطفال.

لا يزيد مقدار الدواء، بعدها عن المقدار في

تحفظه على الأقل من 30 درجات مئوية.

* ابتداء من 15 سنة.



LABORATOIRES
PHARMA5
Pharm. 5

٧٥ مل

فارما

دیکلو

- مضاد للالتهاب
- مضاد للمروماتزم
- للكبار
- + لليسان

عن طريق العضل
2 حقن



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

IPOSEC®

Lansoprazole

30 mg

15 Gélules

Gastro-résistantes

Voie orale

LOT 203379

EXP 03/22

PPV 59BH00

اپریک فارم
AFRIC-PHAR

IPOSEC® 30 mg

15 Gélules

Gastro-résistantes



6 118000 070870



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Ain Harouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Ain Harouda 28 630

Mohammedia - Maroc

صنع من طرف مختبرات افريكتار

المنطقة الصناعية عن حرودة غرب

الطريق الجهوي رقم 322 .

(الطريق الثاني 111 سيلان) كم 12.400 عن حرودة

28630 المحجية - المغرب

Medicament autorisé

N° : 06DMP/21/NCN

Respecter les doses prescrites

احترم дозы, назначенные врачом

Tableau C

جدول C

اپو سک

لونزوبرازول

30 ملخ

15 برشامة

مقاومة لحموضة المعدة

عن طريق الفم

اپریک فارم

AFRIC-PHAR

500679b