

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.

- Pour les médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Radiologie

- La facture airtie :
- Jointes à l'ordonne copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes.
- Un pli confidentiel médicale pour toute demande de remboursement.
- Le 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

Réclamation : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données



Declaration de Maladie

N° W19-485082

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Juleid Boumehdi Mira

Date de naissance :

Adresse : Rue AL Kasbah N° 54 Hay Imbiat

Tél. : 06 44 64 68 68

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Juleid Boumehdi Mira

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente et j'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Sale

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-485082

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 663501

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

les	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		2000	INP : 10/10/05

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/10/2020

79,50

2000

10200 3613

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

signature du Pharmacien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

Important :

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

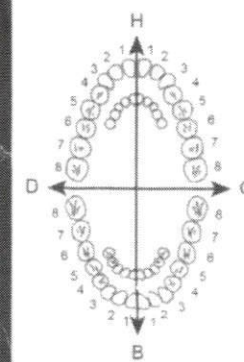
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433553

00000000 00000000

D

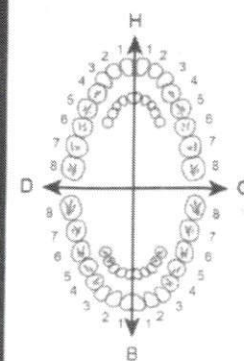
00000000 00000000

35533411 11433553

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

الدكتور براهيم الحبيب
الطب العام

سلا، في 13.10.20

Dep de chel (1)

28270

Altav

51.00 KZa (2)

Voltaire (6)

18,30 KZ

PHARMACIE EL ANDALUS
Dr. RHALMI Ahmed
Tél: 05.37.85.31.06

249.50

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى النشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



6 118001 030392

VOLTARENE® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 2.
PPV: 23,30 DH 46117134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylique et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

KH1326
09 2021

N° lot fab.:
Dat lim. ut.:

NOVARTIS

Voltarène®

75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

**IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)**

Boîte de 2 ampoules
de 3 mg/3 ml



Ouvrir ici



A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى النشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



6 118001 030392

VOLTARENE® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 2.
PPV: 23,30 DH 46117134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylique et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

KH1326
09 2021

N° lot fab.:
Dat lim. ut.:

NOVARTIS

Voltarène®

75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)

Boîte de 2 ampoules
de 3 mg/3 ml



Ouvrir ici



A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى النشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



6 118001 030392

VOLTARENE® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 2.
PPV: 23,30 DH 46117134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylique et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

KH1326
09 2021

N° lot fab.:
Dat lim. ut.:

NOVARTIS

Voltarène®

75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)

Boîte de 2 ampoules
de 3 mg/3 ml



Ouvrir ici



A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى النشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



6 118001 030392

VOLTARENE® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 2.
PPV: 23,30 DH 46117134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylique et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

KH1326
09 2021

N° lot fab.:
Dat lim. ut.:

NOVARTIS

Voltarène®

75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)

Boîte de 2 ampoules
de 3 mg/3 ml



Ouvrir ici



Pfizer

DEPO-MEDROL 80mg/2ml, INU

 Laboratoires
 Pfizer S.A.
 6 118001 170487

يُحقن ديبو ميديرون 80 مغ/ 2 مل على 80 مغ من
 أميانات ميثيل برينيزولون في 2 مل من مستعلق قابل للحقن (40 مغ/مل).
 السواغات: مأكروبول 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 الاستخدام.
 رج جيداً قبل الاستخدام.

PAA100831

80 mg d'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
 ZWART
 BL541

BL320
 R0032

Pfizer

DEPO-MEDROL® ديبو ميديرون®
80 mg/2 ml 80 مغ/2 مل

suspension injectable/ مستعلق للحقن
 acétate de méthylprednisolone/ أميانات ميثيل برينيزولون

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

LOT/EXP.:

DX2949
 01/2025
 P.P.V:37DH70

Solution injectable
6 ampoules de 2 ml

Coltrax[®] 2 ml
6 ampoules



Coltrax[®]

THIOLCHOLCHICOSIDE

Fabrique par POLYMEDIC Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Formule par ampoule :

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



توکولشکزیس

کولتراکس

LOT 035919
UT AV 11 22
PPV 51.00 DH

محلول للحقن
6 أنبوبة من 2 مل

Solution injectable
6 ampoules de 2 ml

Coltrax® 2 ml
6 ampoules



Coltrax®

THIOLCHOLCHICOSIDE

Fabrique par POLYMEDIC Rue Amyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Formule par ampoule :

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



كولتراكس
توكولشكوسيد

LOT 035919
UT AV 11 22
PPV 51.00 DH

محلول للحقن
6 أنابيب من 2 مل