

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043198

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2654 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KENFAOUI Bahia Abdellah

Date de naissance : 14-12-53

Adresse : 28, rue Ahmed El Mokri n°1 Casablanca

Tél. : 06 08 89 62 08 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

ANWAR M'hamed Yassine  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
Bd. Abou Bakr El Kadin Résidence Naim  
Imm. 7 Appl. 2 - 1er Etage Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél. : 05 22 78 48 36

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade : KENFAOUI MAJDA Age :

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

Nature de la maladie : Affection psychiatrique

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 : Casablanca Le : 05 / 12 / 19

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
05/12/19	CNPST			<i>[Signature]</i> Dr. Yassine Bd. Abou... Immeuble... Cité... Tél. 022-88-44-98

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Cachet]</i> Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél. 022-88-44-98	05/12/19	483.80

## 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 bilan de l'

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECUTION

Mlle KEN FAOVI MAJDA

320100

① Medizapin 10 mg qp

1 qp le matin et 1 qp le soir (19H00)

13430

② Isperid 2 mg qp

1 qp le matin et 1 qp le soir (19H00)

29,50

③ Té'mesta 2,5 mg qp

1 qp / jour au coucher (21H00)

483,80

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
90-Abdelatif Ben Kaddour  
Tél: 022-38-84-38

Dr. ABDELHAKIM YASSINE  
Médecin Spécialiste en Psychiatrie  
Boulevard El Kadi Résidence Naïm  
Im. 1-A-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36  
Casablanca Tél: 05-27-74-48-36

**Composition en substance active :**

Lorazépam ..... 2,5 mg  
Pour un comprimé sécable

**Excipient à effet notoire :** Lactose.

LA DUREE DE PRESCRIPTION DE CE MEDICAMENT  
NE PEUT DEPASSER 12 SEMAINES.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES  
ENFANTS.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

**Témesta® 2,5 mg**

Lorazépam

احذروا الجرعات الموصوفة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

TEMESTA 2,5MG  
CP SEC B30

P.P.V : 29DH50



1180000 011576

LOT : 9MA020  
PER.: 03 2021



**Laboratoires WYETH FRANCE**

**maphar**

Km 10, route côtière 111, Quartier Industriel,  
Zenata, Ain Sebaâ, Maroc  
Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

G20000131-01  
12/17

يحفظ في حرارة تقل عن 25 درجة مئوية.  
يحفظ بعيدا عن مراهق ومتناول الأطفال.  
يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال.

المدة الموصوفة لهذا الدواء لا تتجاوز 12 أسبوعا.  
سواء ذو تأثير معروف لا يكون.  
لكن أقرص قابل للكسور.  
لورازيبام ..... 2,5 ملغ  
المكونات من المادة الفعالة:

**Témesta® 2,5 mg**

Lorazépam

30 comprimés sécables

Voie orale

soin / 2  
après  
arrêt  
p - 10



# Ispérid<sup>®</sup> Cooper

Risperidone

2 mg  
Voie orale

Comprimés pelliculés 30 x 



 **COOPER**  
PHARMA

Liste I (Tableau A)

لائحة 1 (جدول أ)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احفظوا الجرعات الموصوفة

Disque sans endossement

لا يسلم إلا بوصفة طبية

CONDITIONS D'EMPLOI :

Conserver à 25°C et à l'abri de la lumière.

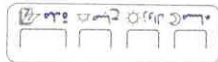
Tenir hors de la portée et la vue des enfants

Lire attentivement la notice avant utilisation.

يُحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة و بعيدا عن الضوء.  
لا يترك في متناول و مرأى الأطفال.  
اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

 **COOPER**  
PHARMA

LOT: KA82897  
PER: 06-2020  
N°: 134,300H



30 x  قرصا ملبسا

2 ج.م  
عن طريق الفم

إسبيريدون  
Ispérid<sup>®</sup> Cooper



Ispérid<sup>®</sup> Cooper 2 mg  
30 comprimés

Composition :  
Risperidone..... 2 mg  
Excipients..... q.s.p 1 Comprimé pelliculé  
Excipient à effet notoire : lactose  
Voir la notice pour plus d'information.

التركيب :  
ريسبيريدون..... 2 ملغ  
مواد دات تأثير معلوم : اللاكتوز  
الرجو قراءة النشرة للمزيد من المعلومات.

 **COOPER**  
PHARMA  
41, Rue Med Diouri, 20 110 Casablanca  
Amina DAOUJI  
Pharmacien responsable  
41, رنقة محمد الديوري, 20 110 الدار البيضاء  
المسؤول: أمينة الداوي

AMM N° 273/12/DMP/21/NNP



Soyez très prudent  
Ne pas confondre avec d'autres  
produits commercialisés de façon

# MEDIZAPIN® 10 mg

## Olanzapine

### 30 Comprimés pelliculés

**CiplaMaroc**

LOT: 024  
PER: FEV 2022  
PPV: 320 DH 00



#### INDICATIONS ET POSOLOGIE

Se conformer à la prescription du médecin

#### CONDITIONS D'EMPLOI

Voir notice à l'intérieur.

Voie orale.

#### CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver à une température  $\leq 25^{\circ}\text{C}$ .

Ne pas laisser à la portée des enfants

نوع الاستعمال و المقدار

الترمو : بوصفة طبيبكم التزاماً بقانون

شروط الاستعمال

النظر في الشرائح داخلية

عن طريق الفم

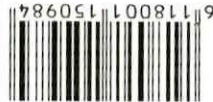
المحافظة

يجب الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة تقل أو تساوي  $25^{\circ}\text{C}$  مئوية.

لا تتركوا هذا الدواء في متناول الأطفال.

**CiplaMaroc**

استعماله 30



30 comprimés  
MEDIZAPIN® 10mg

بن تينازيبين  
10mg

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc

BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc

Pharmacien Responsable : Dr. Mohammed ABALIL

Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيلا المغرب

م.ت. 4491 - 11850 عين العود - المغرب

الصيدلي المسؤول : د. محمد أباليل

يصنع من طرف : معهد الصيدلة

#### COMPOSITION :

Olanzapine (DCI) ..... 10 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

Contient du lactose et du propylène

glycol.

التركيب:

أو لانزابين ..... 10 مغ

مكونات الشرائح ..... 1 قرص

يحتوي على اللاكتوز و البروبيلين

جليكول

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام المقادير المحددة

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I