

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° P19- 0043197

N°D: 15M2

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 26534 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KENAOUE Abdellah
Date de naissance : 14-12-53
Adresse : 28, rue Ahmed Mouquni Racine Casablanca
Tél. : 0608896208 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2019
Nom et prénom du malade : KENAOUE Bahia Age: 60
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : diabète
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 : Casa

Le : 17/12/19

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
17.12.19	CS		250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/12/19	300,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

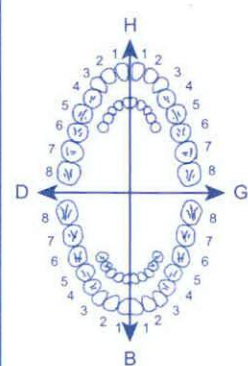
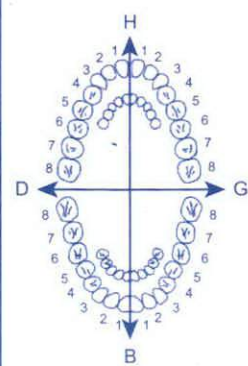
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques

Ancienne Médecin Interne au CHU Ibn Rochd-Casablanca
Echographie Thyroïdienne et Générale

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
التغذية و أمراض الأيض

طبيبة داخلية سابقة بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء
الفحص بالصدى

Ordonnance

Casablanca, Le : 17/12/19 : الدار البيضاء في :

Neufamou Bohga

1) Netfamine wint 14,10x6

0-1-1 (après les repas)

2) CD-Nardone 99,00

1 cph

49,60 x 2

3) D-ave forte 1000000

10 ph 15 ph 02 ph

300,80

puis 10 ph 02

3 mois

Pharmacie EL ANABEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdelatif Ben Kaddour
Tél.: 022-38-54-77

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

850 mg

30 Comprimés pelliculés



**Adulte / Enfant
de plus de 10 ans**

Voie Orale

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Chlorhydrate de metformine 850 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

MATIN / الصباح
MIDI / نهار
SOIR / مساء
REPS / وجبة

POSOLOGIE / الجرعة - HOW TO TAKE / كيف تأخذ

LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10



6

118000 062134

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعة المقررة

Uniquement sur prescription médicale / Liste
صرف فقط بموجب وصفة طبية / Liste

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

850 mg

30 Comprimés pelliculés



**Adulte / Enfant
de plus de 10 ans**

Voie Orale

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Chlorhydrate de metformine 850 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

MATN / المصنع
AIDN / توزع
SQRN / الشركة
RPRN / المصنع

POSOLABIE / المصنع - HONAIRES / المصنع

LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10



6

118000 062134

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرص على الجرعات الموصى بها

Uniquement sur prescription médicale / Liste
صرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

850 mg

30 Comprimés pelliculés



**Adulte / Enfant
de plus de 10 ans**

Voie Orale

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Chlorhydrate de metformine 850 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

MATN / المصنع
AIDN / توزع
SQRN / الت
RPRN / الوكيل

POSOLLODIE / الممارس - HONAIRES / الممارس

LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10



6

118000 062134

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرص على الجرعات الموصوفة

Uniquement sur prescription médicale / Liste
صرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

850 mg

30 Comprimés pelliculés



**Adulte / Enfant
de plus de 10 ans**

Voie Orale

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Chlorhydrate de metformine 850 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

MATN / المصنع
AIDN / توزع
SON / الشركة
REPS / الممثل

POSOLABIE / الممثل - HONAIRES / الممثل

LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10



6

118000 062134

Uniquement sur prescription médicale / Liste
مصرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعات الموصوفة

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

850 mg

30 Comprimés pelliculés



**Adulte / Enfant
de plus de 10 ans**

Voie Orale

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Chlorhydrate de metformine 850 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

MATIN / الصباح
MIDI / نهار
SOIR / مساء
REPS / راحة

POSOLOGIE / الجرعة - HOW TO TAKE / كيف تأخذ

LOT : 8MA036V
PER.: 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V.: 17DH10



6

118000 062134

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترام الجرعة المقررة

Uniquement sur prescription médicale / Liste
صرف فقط بموجب وصفة طبية / لائحة

Metformine Win®

Chlorhydrate de metformine

850 mg

30 Comprimés pelliculés



**Adulte / Enfant
de plus de 10 ans**

Voie Orale

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.
Lahcen BOUCHAQUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Composition :

Chlorhydrate de metformine 850 mg
Excipients q.s.p. un comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

MATN / الماتن
AIDN / ايدن
SQR / سقر
RPRN / ربرن

POSOLAB / POSOLAB - HONAIRES / HONAIRES

LOT : 8MA036V
PER : 11 2021

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30

P.P.V : 17DH10



6

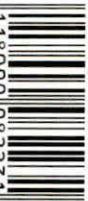
118000 062134

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترس بالجرعة المقررة

Uniquement sur prescription médicale / Liste
صرف فقط بموجب وصفة طبية / Liste

6 118000 082231



30 comprimés pelliculés

LD-NOR 20mg



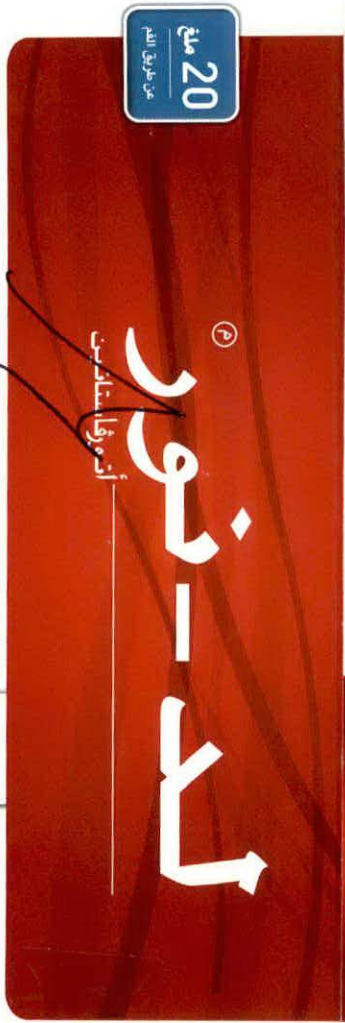
COOPER
PHARMA



UT, AV :

قرصا ملبسا

30 x



20 ملغ
عن طريق الفم

LOT : 191123
UT AV : 07/2022
PPV: 99,00DH

LOT N° :

PPV (DH) :

جدول 1 (الامعة 1) (1) A
Tableau 1 (Liste 1)

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

AMM n° 328/13 DMP/21/NNP



هذا الدواء + الحمل = ممنوع
Ne prenez pas ce médicament si vous êtes enceinte ou tentez de l'être. Ne prenez pas ce médicament si vous êtes en âge d'avoir des enfants, sauf si vous utilisez une méthode de contraception fiable.
لا تتناهي هذا الدواء إذا كنت حاملا أو تحفظين للحمل.
لا تتناهي هذا الدواء إذا كنت في سن الإنجاب إلا إذا كنت تستخدمين طريقة فعالة لمنع الحمل.

COOPER
PHARMA

Fabriquée par :

41, rue Mohamed Diouri,
20110 Casablanca
AMINA DAOUDI :
Pharmacien responsable

من تصنيع كبير فارما
41، زائقة محمد الديوري
20110 الدار البيضاء
أمينة الداودي :
الصيدلي المسؤول

Composition :

Principe actif :

Cholécalciférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بواعي الإستعمال. الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الضوء و في درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرون 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

PPU: 49,60 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

0
Nomenclature



Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.

10

Composition :

Principe actif :

Cholécalciférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

بواعي الإستعمال. الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الضوء و في درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرون 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3

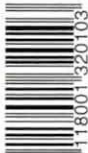


Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب

PPU: 49,60 DH
LOT: 19F18/B
EXP: 06/2022

0
Nomenclature



Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.