

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
- 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- 047884

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10681 Société : ND: 28724

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUGHA FATIMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 32 19 65 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 JUN. 2020

Nom et prénom du malade : ACCUEIL Age :

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'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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047884

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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																
			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>
	H		G																
	25533412	21433552	00000000	00000000															
	00000000	00000000	00000000	00000000															
35533411	11433553																		

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N°			P 14/0018579	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 14 / 18579

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle
Nom & Prénom			BOUGHA Fatima
Fonction	Sous		Phones 0661321955
Mail			a.mourmy@abo.ma
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie			Date 27 MAI 2020
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
G + FCG	PHARMACIE BERRADA	800,00 DH	
PHARMACIE	Date 27/05/2020		
Montant de la facture			1221,00 DH
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

Dr. Saïd CHRAIBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ancien Médecin des Hôpitaux de Genève

**Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux**

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort



الدكتور سعيد الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنيف

أخصائي في أمراض القلب و الشرايين
و ارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولتر - الفحص بالجهد

Casablanca le :

27 MAI 2009

7^{me} Boupha Zp Jemmy

Rstun =

صيدلية بورغون
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél : 05 22 27 73 44

11956 x 4
478,00

Ala Camk Y up

1 - 0 - 0

2300
1

21 Jemsta Lus

0 - 0 - 0

مركز عبد المومن - تقاطع شارع عبد المومن و شارع أنوال، الطابق الخامس، رقم 501 (فوق مقهى المدينة)، الدار البيضاء

Abdelmoumen Center - Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen, 5^{ème} étage, n°501 (au dessus du café Le Medina), Casablanca

E-mail : sdchraibi@gmail.com - Urgences : 06 64 476 471 - المستعجلات - Tél/Fax : 05 22 86 00 46 - 05 22 86 04 46 - الهاتف / الفاكس

24000×3

72000

3/

fero fix 10

1 - 2 - 0



Zimé


Dr. Mohamed CHAHIDI Said
DIPLOME D'ÉTAT
341, Bd. Abdelmoumen
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 00 49 / 05 22 86 04 46

7221,00 dh

صيدلية بوركور
PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
341, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05.22 27 73 44



Lot 03801
Exp 09 2022
Fab: 10 2019

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir knou al oum roches
noires casablanca
ATAACAND

4 mg
Bte de 30
13816 DMP/21NRQ
P.P.V: 119,500 DH
020522
118001
6

ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT



Ne pas utiliser chez la femme enceinte
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace

N° AMM Maroc : 1381/16 DMP/21
N° AMM Tunisie : 5103074

Atacand® 4 mg
candesartan cilexetil
Uniquement sur ordonnance
liste I

تحتفظ هذا الدواء عن متناول
اليد الأطفال
اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء
توجه للمعلومات

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants
حفظ النشرة قبل استعمال هذا الدواء
توجه للمعلومات

[ATA4mg/ANIII/A/0716]

Titulaire de l'AMM / مالك رخصة التسويق
AstraZeneca

Tour Carpe Diem
31 place des Corolles
92400 Courcouronnes France
Fabricant / المصنع
AstraZeneca AB
SE-151 85 Södertälje-Swede

Conditionneur et Libérateur/
المصنع والموزع

AVARA REIMS
PHARMACEUTICAL
SERVICES
Parc Industriel de la Pompeille,
Chemin de Villy,
Reims 51100, France



Fabriqués sous licence
Takeda Chemical Industries, Ltd.

Atacand®
candesartan cilexetil
Voie orale

30 comprimés sécables

4 mg

AstraZeneca

Composition en substance
active :
candesartan cilexetil ... 4 mg
pour un comprimé sécable.

ملغ 4

تركيب المادة الفعالة :

عقراص 4 ملغ
أفريس واحد قابل للتقسيم
سواء كان ذو تأثير معروف أو لا
AstraZeneca 2004-2018
Marques déposées. Propriété de AstraZeneca



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

licence monohydraté.



Lot 03801
Exp 09 2022
Fab: 10 2019

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir knou al oum roches
noires casablanca
ATAACAND

4 mg
Bte de 30
13816 DMP/21NRQ
P.P.V: 119,500 DH
020522
118001
6

ATACAND + GROSSESSE
INTERDIT



Ne pas utiliser chez la femme enceinte
l'adolescente ou la femme en âge de
procréer, et sans contraception efficace

N° AMM Maroc : 1381/16 DMP/21
N° AMM Tunisie : 5103074

Atacand® 4 mg
candesartan cilexetil
Uniquement sur ordonnance
liste I

تحتفظ هذا الدواء عن متناول
اليد الأطفال
اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء
توجه للمعلومات

Lire la notice avant utilisation.
Tenir hors de la vue et de la
portée des enfants
حفظ النشرة قبل استعمال هذا الدواء
توجه للمعلومات

[ATA4mg/ANIII/A/0716]

Titulaire de l'AMM / مالك رخصة التسويق
AstraZeneca

Tour Carpe Diem
31 place des Corolles
92400 Courcouronnes France
Fabricant / المصنع
AstraZeneca AB
SE-151 85 Södertälje-Swede

Conditionneur et Libérateur/
الموزع والجار

AVARA REIMS
PHARMACEUTICAL
SERVICES
Parc Industriel de la Pompeille,
Chemin de Villy,
Reims 51100, France



Fabriqués sous licence
Takeda Chemical Industries, Ltd.

Atacand®
candesartan cilexetil
Voie orale

30 comprimés sécables

4 mg

AstraZeneca

Composition en substance
active :
candesartan cilexetil ... 4 mg
pour un comprimé sécable.

تركيب المادة الفعالة :
كساندانت سيلكسيل ... 4 ملغ
لفرغ واحد قابل للتقسيم

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Excipient à effet nocture :
lactose monohydraté.

سواغات ذو تأثير معرقف :
اللاكتوز
AstraZeneca 2004-2018
Marques déposées. Propriété de AstraZeneca



Composition en substance active :

Lorazépam 1 mg

Pour un comprimé sécable

Excipient à effet notoire :

Lactose.

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

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



LOT : 19E001
PER.: 09 2021

TEMESTA 1MG
CP SEC 850

P.P.V : 23DH00



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® 1 mg
Lorazépam

احفظوا الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

المدة الموصوفة لهذا الدواء لا تتجاوز 12 أسبوعاً.

سواءً لو تأتت بمفرده أو لا تكون

لكل قرص قابل للكسح

أطعم 1 ملغ

السوائل من المادة الفعالة:

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيداً عن مزاوي ومصابيح الأشعة فوق البنفسجية.

يجب قراءة النشرة بعناية قبل الاستعمال.

Témesta® 1 mg

Lorazépam

50 comprimés sécables

Voie orale

DZ-MA-TN-107-22-10-230 SW

Mfg.date:

Exp.date:

Batch No.:

28 comprimés pelliculés sécables

28 scored film coated tablets

Seroplex® 10 mg

Composition / Formula / Composição:

Escitalopram / Escitaloprama10,00 mg

Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding
to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de
escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one
film coated scored tablet / Para um comprimido
seccionado revestido por película.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES**

يجب احترام الجرعة الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Liste I
For medical prescription only / List I

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة I

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30°C.

... re use.
... it of children.

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,

QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V : 240,00,DH



Seroplex® 10 mg
escitalopram



Composition / Formula / Composição:

Escitalopram / Escitaloprama10,00 mg

Sous forme d'oxalate d'escitalopram / Corresponding
to escitalopram oxalate / Na forma de oxalato de
escitalopram 12,77 mg.

Pour 1 comprimé pelliculé sécable / For one
film coated scored tablet / Para um comprimido
seccionável revestido por película.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
STRICTLY FOLLOW THE PRESCRIBED DOSES
يجب احترام الجرعة الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance / Liste I

For medical prescription only / List I

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية/لائحة I

Lire attentivement la notice avant
Tenir hors de la portée et de la vue
Conserver à une température inf
Carefully read the leaflet before

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca

Seroplex 10mg cp sec b28

P.P.V : 240,00 DH



6 118001 1849

التركيب: إيسيتالوبرام 10,00 ملغ - بشكل أوكسالات الإيسيتالوبرام 12,77 ملغ
لكل قرص مغلف قابل للقطع.
من فضلك اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال.
اتركه بعيداً عن متناول الأطفال. - يحفظ في حرارة أدنى من 30°م.

سيروبليكس 10 ملغ
إيسيتالوبرام

28 قرص مغلف قابل للقطع - عن طريق الفم

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film coated tablets

Seroplex® 10 mg

escitalopram

Voie orale / Oral route
DE N° 07/16A 105/381

Lundbeck 

Titulaire - Holder / Fabricant - Manufacturer : H. Lundbeck A/S - Copenhagen - Denmark

06-2019
06-2022
2627034