

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



58608

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023477

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00870 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAHBAH BOUCHA Date de naissance : 15/08/49  
 Adresse : Rés. AL NIRM ILM 11 APP.5 FLOUFA-CARRÉ  
 Tél. : 0661453354 Total des frais engagés : 599,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 14 JAN. 2021  
 Nom et prénom du malade : BAHBAH BOUCHA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Grippe - 3ème Asthme  
 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 : 08/01/2021  
 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
14 JAN 2024	19	02	200,00	Dr. SADIK Fouzia 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAY ERRAHA Dr. EL MADJID HAKIM 1, Bd. Oum Hadid Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 93 20 26	14/01/2024	490,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

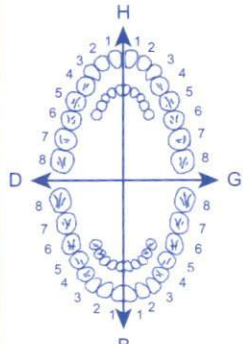
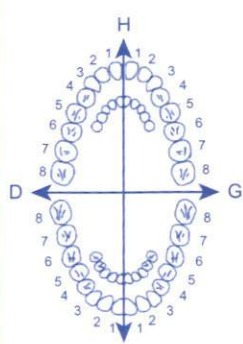
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				DATE DU DEVIS																					
				DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104, زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

14 JAN. 2021

Casablanca, le : ..... : الدار البيضاء ، في

M<sup>U</sup> BAHBAH Bouchaib

196.60 - Zylax 400mg (OIB de 7)

1cp / 1h après le repas

42,00

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
1, Bd. Oum Rabii Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 20 28

Prédni 20mg (OIB)

2cp / après le repas

99,00

⊕ R pen sale

- oedes 20mg (OIB de 28)

1gell / 1h après le repas

53.30

- Polifen 5mg (OIB)

2 sacs 3 fois / après le repas

52,00

- Zadruf (OIB) 1cp /

56.60  
= 499.50

- stilnox (OIB) 1cp /

Dr. SADIK Fouzia  
104, Rue Mimosas Hay Errahja  
Tél.: 05 22 36.58.91 Casablanca

Zylax<sup>®</sup>  
Moxifloxacin



400 mg

7

Comprimés  
pelliculés

LOT: 204813 EXP: 04/23

PPV: 196DH60

Voie orale



Zylax<sup>®</sup>  
Moxifloxacin



400 mg

7

Comprimés  
pelliculés

Voie orale

**Zadryl®** 10 mg

Cétirizine

15 comprimés enrobés sécables

**POLYMÉDIC**

Rue Amyot d'Inville - Casablanca Maroc  
Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable

**Zadryl®** 10 mg  
Cétirizine

15 comprimés enrobés sécables

52,00

8

Chaque comprimé contient :

Cétirizine ..... 10 mg

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Lactose

**Zadryl®** 10 mg  
Cétirizine

106x45x18

IDEMCO

Tableau c (liste II)

## CONDITIONS D'EMPLOI :

Se conformer à la prescription médicale.

يجب الالتزام بالوصفة الطبية

Ne pas laisser à la portée des enfants.

لا يترك في متناول الأطفال

Conserver à une température inférieure à 25°C.

يُحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C

Lire attentivement la notice avant toute utilisation.

اقرأ النشرة داخله قبل الاستعمال

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احرص على تناول الدواء

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

OEDDES®  
oméprazole20 mg  
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

28 x



DURÉE

MATIN

MIDI

SOIR

COOPER  
PHARMALOT 191738  
EXP 07/2022  
PPV 99.00DH



53,30

**TOTIFEN<sup>®</sup> 0,02 %**  
Kétotifène

**TOTIFEN<sup>®</sup> 0,02 %**  
Kétotifène

**Sirop**  
**Flacon 150 ml**

Voie orale

**TOTIFEN<sup>®</sup> 0,02 %**  
Kétotifène



Sirop

PROMO<sup>®</sup> ARM S.A.



6 1 18000 240846

Suivez les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien  
Follow the advice of your doctor or pharmacist

**PREDNI<sup>20</sup>**  
Cooper — Prednisolone

**20 mg**  
Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescents  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x

**PREDNI<sup>20</sup>**  
Cooper — Prednisolone

**20 mg**  
Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescents  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x

DURATION  
DURÉE  
MORN  
MATIN  
NOON  
MIDI  
EVEN  
SOIR

**COOPER**

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
41, ريف محمد الديوري 20110 الدار البيضاء المغرب  
صيدلي مسؤول : أمينة الداوي

LOT N°:

UT. AV :

PPV (DH) :

42,00

20/23  
42,00

اتباع نصائح الطبيب أو الصيدلي

IDEMCO

Tableau A (Liste I) / Table A (List I)  
جدول (أ) (التيه 1)

**Respecter les doses prescrites  
Respect the prescribed doses  
احترم الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance  
Under prescription only  
لا يصلى إلا بوصفة طبية

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants  
Keep out of the reach and sight of children

اقرأ النشرة جيداً قبل الاستخدام  
Lire attentivement la notice avant utilisation

Read carefully the leaflet before use

يحفظ بعيداً عن الرطوبه  
A conserver à l'abri de l'humidité

Keep away from moisture

AMM N° 474/17 DMP/21/NRQ

Fabriqué par / Manufactured by / صنع من طرف  
MC PHARMA

Z.I. Ouled Saleh préfecture de Nouaceur  
Casablanca

6

**بريدني<sup>20</sup>**  
كوبر — بريدنيزولون

**20 ملغ**

20 x

قرصا  
فوارا  
قابل للسكر

**PREDNI<sup>20</sup>mg**

20 comprimés effervescent sécables



6 118000 081753

مدة صلاحية / زوال / صاء

48x22x108

صيدلانيوكس  
10 ملغ

تأريثرات زولبيديم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر  
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
A يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول

TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.  
Durée de prescription limitée à 28 jours. Prescription  
en toutes lettres sur ordonnance. Chevauchement  
interdit sauf mention expresse du prescripteur portée  
sur l'ordonnance.



O

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 20EU07  
PER.: 07 2024



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Ain Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUGHACER, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

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

**Composition :** Tartrate de zolpidem .... 10 mg  
Pour un comprimé pelliculé sécable  
**Excipients à effet notoire :** Lactose.  
**Mode et voie d'administration :** Voie orale.  
**Lire la notice avant utilisation.**