

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-596664

68349

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **HALEK MANAL**
 Date de naissance : **24-01-1979**
 Adresse : **Residence SAFAA Sm 406 N° 19 Casag**
 Tél. : **0661-11-6977** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **Bronchite asthmatiforme**
 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° W19-596664

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 :

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية
Ordonnance

23.02.2021

Casablanca, le :



2100308755 / H0119039860

Prénom : Manal

Nom : MALEK

DDN : 24/01/1979 E: 22/02/2021

Service : SOINS AMBULATOIRES (NA)



LAIS ROY

Sexe: F

29400 x 3

① Symbicort 400

1 Bouffé + 2 Bouffés
et 2 bouffés en cas de besoin (spray)
B + L 3 mois

② R001, LAST long

21000 x 3
14/17 h au 3 mois
B + L

Pharmacie JAWAD EL AMINE sari
Hay Miy Rachid2 Rue 5 N°60 Casa
Tél:0522705502/Fax:0522726850
RC 325697 - Pat:39770223

152100

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale



6 118001 300372

PPV :210DH00

Romilast® 10 mg

MONTÉLUKAST

Composition:

Montelukast sodique

Equivalent en Montelukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

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

A conserver dans l'emballage d'origine,

à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CODE No.: 38/MD/AP/2007/F/CC

Importé par:

Sun Pharmaceuticals Morocco LLC

169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca

Fabriqué par: MSN Laboratories Private Ltd, Inde.

Médicament Autorisé N°: 437/13 DMP/21/NNP



GTIN. 18904159604616
SP. No. C0006881AAFEF

التركيب:

مونتيوكاست الصودي.

ما يعادل من مونتيوكاست 10 ملغ.

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

سواغ ذو آثار معروفة: لاکتوز.

الإرشادات العلاجية. موانع الاستعمال. الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحتفظ به بعيدا عن مراه ومناول الأطفال.

يحتفظ في غلافه الخارجي الأصلي.

بعيدا عن الضوء والرطوبة.

مستورد من طرف صان الدوائية المغرب ل ل س

169، شارع حسن الأول، 20070، الدار البيضاء.

صنع من طرف

مختبرات مرسن الخاصة محدودة المسؤولية. الهند.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Lot: BRA04039C
Exp.: MAR. 2022



11/12

02/2016-D

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale



6 118001 300372

PPV :210DH00

Romilast® 10 mg

MONTÉLUKAST

Composition:

Montelukast sodique

Equivalent en Montelukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

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

A conserver dans l'emballage d'origine,

à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CODE No.: 38/MD/AP/2007/F/CC

Importé par:

Sun Pharmaceuticals Morocco LLC

169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca

Fabriqué par: MSN Laboratories Private Ltd, Inde.

Médicament Autorisé N°: 437/13 DMP/21/NNP

التركيب:

مونتيوكاست الصودي.

ما يعادل من مونتيوكاست 10 ملغ.

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

سواغ ذو آثار معروفة: لاکتوز.

الإرشادات العلاجية. موانع الاستعمال. الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحتفظ به بعيدا عن مراه ومناول الأطفال.

يحتفظ في غلافه الخارجي الأصلي.

بعيدا عن الضوء والرطوبة.

مستورد من طرف صان الدوائية المغرب ل ل س

169، شارع حسن الأول، 20070، الدار البيضاء.

صنع من طرف

مختبرات مرسن الخاصة محدودة المسؤولية. الهند.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Lot: BRA04039C
Exp.: MAR. 2022

02/2016-D



GTIN. 18904159604616
SP. No. C0006881AAFEF



ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale



6 118001 300372

PPV :210DH00

Romilast® 10 mg

MONTÉLUKAST

Composition:

Montelukast sodique

Equivalent en Montelukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notoire: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

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

A conserver dans l'emballage d'origine,

à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CODE No.: 38/MD/AP/2007/F/CC

Importé par:

Sun Pharmaceuticals Morocco LLC

169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca

Fabriqué par: MSN Laboratories Private Ltd, Inde.

Médicament Autorisé N°: 437/13 DMP/21/NNP

التركيب:

مونتيوكاست الصودي.

ما يعادل من مونتيوكاست 10 ملغ.

الأسوغة كمية كافية لكل قرص.

سواغ ذو آثار معروفة: لاکتوز.

الإرشادات العلاجية. موانع الاستعمال. الجرعة

واحتياطات الاستعمال: اقرأ النشرة بالداخل.

يحتفظ به بعيدا عن مراه ومناول الأطفال.

يحتفظ في غلافه الخارجي الأصلي.

بعيدا عن الضوء والرطوبة.

مستورد من طرف صان الدوائية المغرب ل ل س

169، شارع حسن الأول، 20070، الدار البيضاء.

صنع من طرف

مختبرات مرسن الخاصة محدودة المسؤولية. الهند.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Lot: BRA04039C
Exp.: MAR. 2022

02/2016-D



GTIN. 18904159604616
SP. No. C0006881AAFEF





SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al mouam roches
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdre p inh

Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21 NRQ dup.p.v: 297,00 DH



PGRZ
MAR-20
FEV-22

60 doses

Symbicort®
budesonide/
formotérol

Turbuhaler®

400/12 µg par dose

Poudre pour inhalation

400
12

AstraZeneca 



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al mouam roches
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdre p inh

Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21 NRQ dup.p.v: 297,00 DH



PGRZ
MAR-20
FEV-22

60 doses

Symbicort®
budésonide/
formotérol

Turbuhaler®

400/12 µg par dose

Poudre pour inhalation

400
12

AstraZeneca 



SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al mouam roches
noires casablanca

SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdre p inh

Flacon de 60 doses

105/14 DMP/21 NRQ dup.p.v: 297,00 DH



PGRZ
MAR-20
FEV-22

60 doses

Symbicort®
budesonide/
formotérol

Turbuhaler®

400/12 µg par dose

Poudre pour inhalation

400
12

AstraZeneca 

وصفة طبية
Ordonnance

22/2/2021

Casablanca, le :

MANAL TAIEB

326,00

① Aquinex 400

1 p/j x 10

2190

② Bulover 4

1 p x 2 j x 5 j

5840

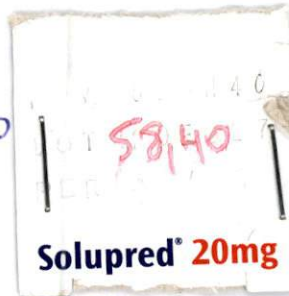
③ Solupred 20mg : 2 p/j x 7 j

7990 le matin ap le petit déjeuner

④ FITO RAX

1 c/s x 3 j x 7 j

486,20





326,00



أكوينكس®

موكسيفلوكساسين

400 ملغ

10 أقراص مغلفة

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف	صباح	النهار	الليلة
☾	☀	☾	☀	☀	☀	☀

Aquinex® 400 mg

Boîte de 10 comprimés pelliculés

AMM N° : 391/17 DMP/21/NNP



6 118000 023401



BUTOVENT® 2mg

Salbutamol

Voie orale

50 comprimés

السير
21,90
5 أيام

21,90



6

Tableau A (liste I)

المعتمد
REPERTORIUM L102631 PHARMACIA

21,90
PHARMACIA

(20x55x80) mm



50 comprimés

Salbutamol

BUTOVENT® 2mg

بتوفن® 2مغ

سالبوتامول

عن طريق الفم

50 قرصا

BUTOVENT® 2 mg
Salbutamol
50 comprimés
PHARMACIA



611180001240204

فيتوراكس[®]

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية وزيوت أساسية
+ فيتامين C

للكبار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل



مُكوّن من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot : 200525
À consommer
avant le : 09/2023

PPC : 79,90 DH