

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-693618

*Par courrier*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4130	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés :		
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-693618
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 :	

# 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

- Reclamation 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : <b>04110</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : <b>KHNAÏ TOUNIA</b>		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés :		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <b>Docteur BENJELLOUN El Mostafa</b>	
Date de consultation : <b>22.02.2022</b>	
Nom et prénom du malade : <b>KHNAÏ TOUNIA</b>	
Lien de parenté : <b>X Lui-même</b>	
Nature de la maladie : <b>diabète</b>	
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'adhérent conseil de la Mutuelle	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie  
N° W21-654126

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricole :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

## RELEVE 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
22-2-2022	Σ + RCG		300DH	INP : 041022807 Docteur BACHIR LOUAN EL Mostafa CHIRURGIE 10 des F.A.R. Immeuble R.D.C 27/02/2022

## EXECUTION DES ORDONNANCES AGA

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/22	624,40
	25-02-22	360,00 D10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cache de l'Ordre du Laboratoire du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<del>PHARMACIE FAICEL Dr. HAKIM MERHD Dakha AGAFIA 5 70 100</del>	22/06/88					

### VOLET ADHÉRENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

### Important

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. BENJELOUN El Mostafa

الدكتور بنجلون المصطفى

Spécialiste des maladies du coeur  
des vaisseaux et de la tension artérielle

اختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين والضغط الدموي

Lauréat de la faculté de médecine de Paris  
Ancien médecin de la polyclinique de la CNSS

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب سابق بـ مصحة الضمان الاجتماعي

ICE: 001657870000003

INPE : 041022807

Agadir, le: 22.02.2021.

Agadir - Kliniki Tour - e

6878,70 (1)  
/ 172,80

Dr. amar le 60  
1er + 21

SV

8251,30 (2)  
/ 102,60

- Ledermeier 25  
1er

SV

69,00 (3)  
/ 694,40

- Dure forte  
1AB) mon

SV

PHARMACIE FAJEL  
Dr. HAKIM MEHDY  
EX. DALLA 22 27 83  
Tél: 05 28 84 37 37

Dr. BENJELOUN El Mostafa

CARDIOLOGIE  
Immeuble Tinmel Av. des FAR  
AGADIR - Tél: 05 28 84 37 37

موعد المقابل: ..... Prochain Rendez-vous :

Imm. Tinmel (près de la mosquée Liban) - Av. des F.A.R. - Agadir - Tél.: 05 28 84 37 37  
05 28 84 37 37 عمارنة تنمل (قرب مسجد لبنان) شارع الجيش الملكي - أكادير - الهاتف: 37

# Ludiomil® 25 mg

Chlorhydrate de maprotiline

AMDIAPHARM



Voie orale

30 comprimés pelliculés

**Composition :**

Chlorhydrate de maprotiline ..... 25 mg

Pour un comprimé pelliculé.

**Excipients à effet notoire :** lactose,

amidon de blé (gluten).

لائحة السواحلات ذات مفعول ممدوه : (لكتون، بنتا، الفيتامين).

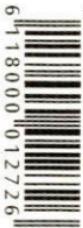
Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموسم وحده طبية. لا يأخذ

لوديميل® 25 ملخ

كلوريدرات المابروتيلين

عن طريق الفم

Ludiomil® 25 mg  
30 comprimés  
pelliculés



30 قرصا ملمسا

# Ludiomil® 25 mg

Chlorhydrate de maprotiline

AMDIAPHARM



Voie orale

30 comprimés pelliculés

**Composition :**

Chlorhydrate de maprotiline ..... 25 mg

Pour un comprimé pelliculé.

**Excipients à effet notoire :** lactose,

amidon de blé (gluten).

لائحة السواحلات ذات مفعول ممدوح : (لكتون، بنتا، الفيتامين)

احترم المعايير الموصوفة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS  
Uniquement sur ordonnance - Liste I  
يصرف فقط بموسم وحده طبية - لائحة

لوديوميل® 25 ملخ

كلوريدرات المابروتيلين

عن طريق الفم

Ludiomil® 25 mg  
30 comprimés  
pelliculés



30 قرصا ملمسا

LOT : 0084  
EXP : FEV 2026  
PPV : 51,30 DH



6118001130153

60 comprimés  
**DAMICRON® 60 mg**

SERVIER MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

 SERVIER

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**60** Comprimés sécables à libération Modifiée

Gliclazide

**DAMICRON® 60 mg**

Ac H4

242600060-02

6118001130153

60 comprimés  
**DAMICRON® 60 mg**

SERVIER MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

 SERVIER

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

à prendre 1 comprimé 2 fois par jour

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**60** Comprimés sécables à libération Modifiée

Gliclazide

**DAMICRON® 60 mg**

Ac H4

242600060-02

6118001130153

60 comprimés  
**DAMICRON® 60 mg**

SERVIER MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

SERVIER

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**60** Comprimés sécables à libération Modifiée

Gliclazide

**DAMICRON® 60 mg**

Ac H4

242600060-02

6118001130153

60 comprimés  
**DAMICRON® 60 mg**

SERVIER MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
**SERVIER MAROC**  
Les Laboratoires Servier - France

 **SERVIER**

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste I - ~~Indication~~ ~~Indication~~ ~~Indication~~ ~~Indication~~

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**60** Comprimés sécables à libération Modifiée

Gliclazide

**DAMICRON® 60 mg**

Ac H4

242600060-02

6118001130153

60 comprimés  
**DAMICRON® 60 mg**

SERVIER MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

SERVIER

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**60** Comprimés sécables à libération Modifiée

Gliclazide

**DAMICRON® 60 mg**

Ac H4

242600060-02

6118001130153

60 comprimés  
**DAMICRON® 60 mg**

SERVIER MAROC

MAROC  
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca  
Im. ZEVACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France

SERVIER

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

**60** Comprimés sécables à libération Modifiée

Gliclazide

**DAMICRON® 60 mg**

Ac H4

242600060-02

PPV: 49,60 DH  
LOT: 21I16  
EXP: 09/2024

Solution huileuse buvable

Fabriqué par :

**SMB**

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



Référence



137-5-2

137-5-2

