

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° M21- 0060916

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03309 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AIT BELOUALI SAADIA
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 96 78 04 70 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 21 / 01 / 2022
Nom et prénom du malade : AIT BELOUALI SAADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Kyste ovarien
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) :

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
21/07/22	C3	C3	300,00 MH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/07/2022	402,20 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

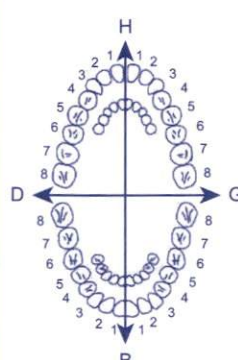
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

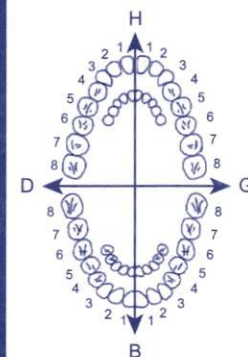
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine



Le 29/02/22

Dr. ALAMI CHEBBOUN Abdelkader
Chirurgie Générale
140, Bd des Forces Auxiliaires
Hay Sidi - Casablanca
Tél : 05 22 72 41 05 / 05 1 33 39 48

Dr. ALAMI CHEBBOUN Abdelkader
Chirurgie Générale
140, Bd des Forces Auxiliaires
Hay Sidi - Casablanca
Tél : 05 22 72 41 05 / 05 1 33 39 48

84,20

①

Rebexine forte

1cp x 3 jours puis à la reprise.

84,50 x 2

②

Ausoly N°2

58,50 x 4

③

Hydrocortisone N°4
1cp x 3 jours puis à la reprise.

84,50

④

Zelax

402,20

1 microlement si besoin.



090004029

(115x70x33) mm

سوطيلما
Sothema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Soukhouira, Maroc
Sous licence des laboratoires Trenker

AMM N° 56898 DMP/21

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau C (Liste II)

يصرف بموجب وصفة طبية - لائحة من (المنفعة II)

ميبيفيرين فورت
كلوهيدرات الميبيفيرين

30 قرصا مغلفا

Mébévérine Forte 135 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 020929

عن طريق الفم

Trenker



COMPOSITION :

Mébévérine chlorhydrate.....135 mg
Excipients.....q.s.p. 1 comprimé

Excipients à effet notoire : lactose, saccharose.

POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES

EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

VOIE ORALE

CONDITIONS DE CONSERVATION :

A conserver à une température ambiante (15-25 °C).
dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de la lumière.

التركيب :

كلوهيدرات الميبيفيرين.....135 مغ

سواغات كمية كافية للفرد واحد

سواغات ذو تأثير معروف : لاکتوز، سكاروز.

الكمية، طريقة الاستعمال والتحذيرات الخاصة :

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.

عن طريق الفم.

شروط الحفظ :

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة تتراوح ما بين 15° و

25° مئوية في عبائه الأصلية وتعبا عن الضوء.



03/16

ميبيفيرين فورت
30 قرصا مغلفا

30 comprimés pelliculés

Chlorhydrate de Mébévérine

MEBEVERINE FORTE

MEBEVERINE FORTE

Chlorhydrate de Mébévérine

30 comprimés pelliculés

Voie Orale

Trenker



LOT
EXP
P.V

220091
21 2027
54.70

54,70

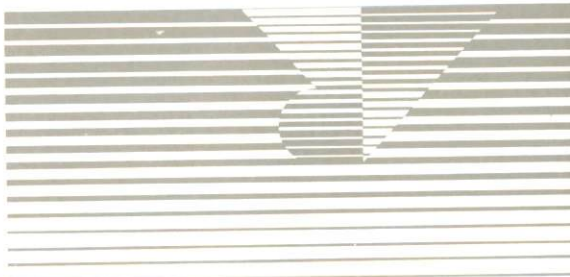


لا يترك في متناول الأطفال
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

FORMULE
HYDROXOCOBALAMINE BASE 5000 µg
SOLUTION AQUEUSE TAMPONNEE Q.S.P. 2 ml
POUR UNE AMPOULE INJECTABLE.

hydroxo 5000

هیدروکسو 5000
سازمان تهیه داروهای کشور



hydroxo 5000
4 Ampoules Injectables

des laboratoires LAPROPHAN S.A.
Fabrique au Maroc sous licence
21, Rue des Oudaya - Casablanca
des laboratoires ANPHAR-ROLAND (France)

16x60x75
5

hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2025
LOT 1N002 1

هیدروکسو 5000

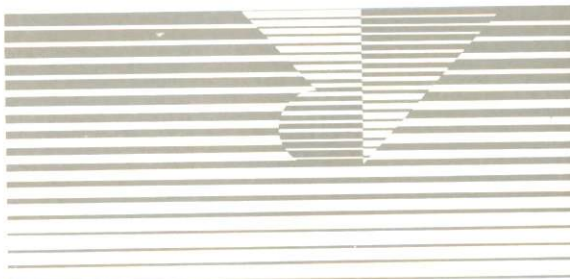
250908F47234E030314

لا يترك في متناول الأطفال
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

FORMULE
HYDROXOCOBALAMINE BASE 5000 µg
SOLUTION AQUEUSE TAMPONNEE Q.S.P. 2 ml
POUR UNE AMPOULE INJECTABLE.

hydroxo 5000

هيدروكسو 5000
سائل حقن



hydroxo 5000
4 Ampoules Injectables

des laboratoires ANIPHAR-ROLAND (France)
Fabrique au Maroc sous licence
Laboratoires LAPROPHAN S.A.
21, Rue des Oudaya - Casablanca

16x60x75
5



hydroxo 5000

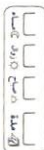
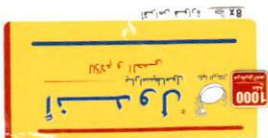
HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2025
LOT 1N002 1

هيدروكسو 5000

250908F47234E030314



أقراص فوارة 8x

أندول
باراسيتامول
للآلام والحمى

COOPER
PHARMIA



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8x

EXP :
LOT N°:

14,50

IDEMCO

COMPOSITION:
Paracetamol 1000mg
Excipients q.s p un comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : Sodium, Aspartame, Sorbitol.
COMPOSITION:
Paracetamol 1000mg
Excipients q.s q one effervescent tablet
Excipients with known effect: Sodium, Aspartame, Sorbitol.

COOPER

41, Rue Mohamed Elbar 20110 Casablanca - Maroc
Amma Onsolé - Pharmacie responsable - Head pharmacist
Fabrique par / Manufactured by /
MC PHARMA, ZI. Ouled Saïah - Nouasseur
سج كور /
التأليف: فاضل بن سفيان

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



6 118000 082484

ANDOL
PARACETAMOL
Douleurs - Etas fébriles / Pain - Fever



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets

8x

COOPER
PHARMIA



Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg
(15 ans).
A garder bien fermé à l'abri de l'humidité et de la chaleur.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.
Pour toute information veuillez lire la notice.
خصائص الأطفال: لا يُعطى للأطفال من 50 كغ (15 سنة).
لا يُترك على أي شكل من أشكال الأطفال.
يحفظ بعيداً عن الأطفال.
لا يُترك على أي شكل من أشكال الأطفال.

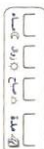
Reserved to adult and children from 50kg
(15years old).
Keep tightly closed away from humidity and heat.
Keep out of the reach and sight of children.
For further information please read the patient
leaflet.

Surdosage = Danger
Overdose = Danger
جرعة زائدة = خطر

Exceeding the dose can destroy the liver
تجاوز الجرعة قد يهلك الكبد

AMM N° 44581/170/M/21/UNQ

37,5x37,5x82,5



أقراص فوارية 8x

أندول
باراسيتامول
للآلام والحمى

COOPER
PHARMIA



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets 8x

EXP :
LOT N°:

14,50

IDEMCO

COMPOSITION:
Paracetamol 1000mg
Excipients q.s p un comprimé effervescent
Excipients à effet notoire : Sodium, Aspartame, Sorbitol.
COMPOSITION:
Paracetamol 1000mg
Excipients q.s q one effervescent tablet
Excipients with known effect: Sodium, Aspartame, Sorbitol.

COOPER

41, Rue Mohamed Elbar 20110 Casablanca - Maroc
Amma Onsolé - Pharmacie responsable - Head pharmacist
فابريك دى / Manufactured by /
MC PHARMA, ZI. Ouled Saah - Nouasseur

ANDOL 1000 mg
8 Comprimés effervescents



6 118000 082484

ANDOL
PARACETAMOL
Douleurs - Etas fébriles / Pain - Fever



Comprimés Effervescents / Effervescent Tablets

8x

COOPER
PHARMIA



Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg
(15 ans).
A garder bien fermé à l'abri de l'humidité et de la chaleur.
Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants.
Pour toute information veuillez lire la notice.
خصائص الأطفال: الأطفال (أقل من 50 كغ (15 سنة)
لا يترك على أي حال في متناول الأطفال
يحفظ مغلقا بإحكام بعيدا عن الرطوبة والحرارة
لا يترك على أي حال في متناول الأطفال

Reserved to adult and children from 50kg
(15years old).
Keep tightly closed away from humidity and heat.
Keep out of the reach and sight of children.
For further information please read the patient
leaflet.

Surdosage = Danger
Overdose = Danger
جرعة زائدة = خطر

Exceeding the dose can destroy the liver
تجاوز الجرعة قد يهلك الكبد

AMM N° 44581/170/M/21/UNQ

37,5x37,5x82,5