

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.



par courriel

Déclaration de Maladie : N° P19-0022163

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9383 Société : RAM 244308

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIL SATIRA Date de naissance : 28/03/68

Adresse : le Total des frais engagés : Dhs

Tél. : 06 61 51 85 54

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUSTAKIL SATIRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Tendinite Épaule

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 : Rabat Le : 01/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022163

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 : 9383
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés : 293
Date de dépôt :

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Maroc Central Dr. KHALID DER Bt. 17, Lot. 9, Hay Riad Rabat - Tél: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003	11/02/22	293,10

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	

VOLET ADHERENT

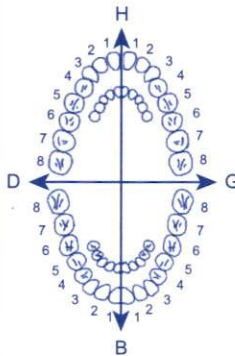
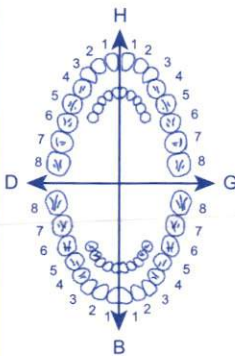
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

ENSEMBLE
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعا
مع الطفل السكري

ORDONNANCE

Rabat : le :

Mme Boustaleim Samira

133,00x1

1) Arcoxia 30mg

1ct li 17j
102.60x1

2) Aerwin

1ct li 1 mois

21,50x1

3) spasfon 4

30,00x1 x 21. la douleur

4) locoat 1

293,10

Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat

Tél: 0537 795 096

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82
INPE : 102041019
ICE : 001292180000003

Dr. MEZIANI Mounia
Pédiatre
Maison du Jeune Diabétique
6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Ilot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82
INPE : 102041019
ICE : 001292180000003

Fabriqué et distribué par :

Les laboratoires PHARMACEUTICAL
INSTITUTE BP 4491-12100, Ain El Aouda
Maroc/Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable.

AMM N° 393/19 DMP/21/NRQ

AERIUS® 5 mg

30 comprimés pelliculés ☒



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Chaque comprimé contient 5 mg de
desloratadine. Avaler le comprimé
en entier avec de l'eau. Tenir hors de
la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne
dépassant pas 30°C. A conserver
dans l'emballage extérieur d'origine.
Lire la notice avant utilisation.



Titulaire de l'AMM/الموكل للموكل / صاحب رخصة التسويق /
Marketing Authorisation Holder:
Marck Sharp & Dohme B.V.
Waarderweg 39
2031 BN Haarlem
The Netherlands

Fabricant/المصنع /Manufacturer:
Frosst Iberica, S.A.,
Via Compuense, 140
288805 Alcala de Henares
Madrid, Espagne



ARCOXIA® 90 mg

Etoricoxib

ملج 90

أر كوكسيا®
ايتوريكسين

7 comprimés pelliculés/مغلفة 7 أقراص
7 Film-coated tablets



كل قرص يحتوي على 90 ملج إيتوريكسين
سواء في شكل مسحوق أو أقراص
التي تحتوي على 90 ملج إيتوريكسين
استخدم الطريقة التي يوضحها
في النشرة للمعلومات
احتفظ بعنقود من الأطفال
أقراص المسحوق لا ينبغي استخدامها
احتفظ داخل العبوة الجارية الأصلية بعيداً عن الرطوبة



3881
6 118001 160044
70042492 / 120916-1
Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V.: 133,00-DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMF721/NT0

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
برصفة طبية فقط - قائمة 1

Each film-coated tablet contains 90 mg etoricoxib
Excipients with known effect: lactose monohydrate.
See leaflet for more information
Oral use
Keep out of the sight and reach of children.
Read the package leaflet before use.
Store in original package in order to protect from moisture.
Medicinal product subject to medical prescription.



Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

0,1%



LOT : 21E013
PER-05 2024
LOCATOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V 30DH00

Désionide 0,1%
Crème usage local

30 g
TUBE



Pierre Fabre
maphar - Casablanca



Composition qualitative et quantitative :
Désionide : 0,1000 g.
Excipients : Vaseline, paraffine liquide, alcool cétylstéarylique et
éthyl cétostéarylique de macrogol 1000 (EMULGAP 1000 NI),
gallate de propyle, édétate de sodium, acide sorbique, eau
purifiée pour 100 g.
Usage local. Lire attentivement la notice avant utilisation.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.



LOCATOP® 0,1%
Crème
Tube de 30 g

6 118000 012061

no prescription
la son son
= pour pier
= caride el local
= genot

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
Uniquement sur ordonnance - Lire l'



LOCATOP® 0,1%

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

0,1%

0,1%
دسنيونيد
استعمال محلي

30
ج



Spaston®
30 comprimés enrobés

AMM N° 451/14 DMP/21/NRQ

يحفظ بعيداً عن متناول ونظر الأطفال.

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants

09,60

