

## 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.



payé  
compte - 244309

Déclaration de Maladie : N° P19-0022166

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9383 Société : RAOI  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUSTAKIM SAMIRA Date de naissance : 28.03.68  
 Adresse : la  
 Tél : 06 61 30 92 49 Total des frais engagés : Dhs  
 06 61 31 85 54

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : MOUSTAKIM SAMIRA Age:  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Tendance à faiblesse  
 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 : 05.10.23  
 Signature de l'adhérent(e) :

#### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022166

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) : MOUSTAKIM SAMIRA  
 Total des frais engagés : 8147,90  
 Date de dépôt : 21.10.23

#### 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 Mail Central Dr. KHALID IDER Lot 4, Secteur 9, Hay Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003	5-1-23	14790 134150

### 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

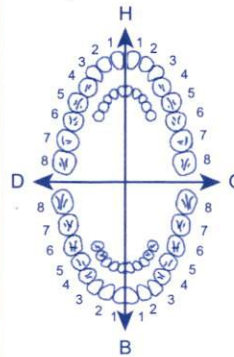
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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.

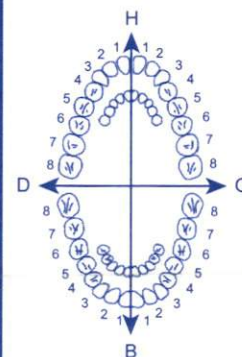
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU 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



ENSEMBLE  
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعا  
مع الطفل السكري

## ORDONNANCE

Rabat : le : .....

Mme Samira Roustekim

87,80x1

1) Ibermax 15j

1/2 cl / 15j

2) Ephcorl 15j

100x1 x2j

3) Noxilase

147,90 14x3 / 15j

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Ilôt. 17 Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad  
Tél : 05 37 71 67 82  
INPE : 1020410  
ICE : 001292100

Pharmacie du Mail Central  
Dr. KHALID IDER  
Ilôt. 17 Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad  
Rabat Tél : 05 37 71 67 82  
INPE : 1020410  
ICE : 001292100000000

MEZANI Mounia  
Pédiatre  
Maison du Jeune Diabétique  
6 Rue Ibn Al Abbar, CYM Rabat

110222 V01

**IBERMOX® 15 mg**  
Meloxicam  
20 Comprimés



6 118000 230809

AMM N° : 532/19 DMP/21/MAJ



**IBERMA**  
Depuis 1993

Laboratoire pharmaceutique IBERMA  
ZI - Lot 149-Had Soualem- Province de Berrechid Maroc  
NADIA IBNTABET - Pharmacien responsable  
sous licence de GP - Gênericos Portugueses,  
Lda, Portugal (groupe MEDINFAR)  
المختبر الصيدلاني ايبيرما  
م. ص. ، رقم 149 حد السوالم إقليم برشيد، المغرب  
الصيدلي المسؤول : نادية ابن تابت  
ترخيص من ج. ب. - جينريكوس بورتوغيس  
(مجموعة ميدنفار)



IMPRIMEUR  
06/20

**إبيرموكس® 15 مغ**  
ميلوكسيكام

**20 قرصا عن طريق الفم**



**IBERMA**  
Depuis 1993

Composition : chaque comprimé contient :  
D.C.I. : Meloxicam ..... 15 mg  
Excipients q.s.p. : ..... 1 comprimé  
Excipients à effet notoire : ..... Lactose  
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Voir la notice pour plus d'information.  
Conserver dans son emballage original.  
Sous ordonnance médicale.  
Lire la notice avant l'utilisation de ce médicament.  
Tableau A (Liste I).

**Respecter les doses prescrites**  
يجب احترام الجرعات الموصوفة

مكونات :  
كل قرص يحتوي على  
إ.م. : ميلوكسيكام ..... 15 مغ  
سواءات : كمية كافية ..... لقرص واحد  
سواءات ذات تأثير هام : لاکتوز  
يحفظ به بعيدا عن متناول و مرأ الأطفال.  
لنمير من المعلومات لطيف التمشي  
يحفظ به داخل علبة الأصلية  
تحت وصفة طبية  
اقرأ النشرة قبل استعمال هذا الدواء  
الجدول ( أ ) ( القائمة )

**IBERMOX® 15 mg**  
Meloxicam

**20 Comprimés par voie orale**



**IBERMA**  
Depuis 1993

LOT: 17320003  
PER: 07/2023  
PPU: 87,80 DH

**IBERMOX® 15 mg**  
Meloxicam

20 Comprimés

Voie orale

Line attentivement la notice avant utilisation.  
A conserver à une température inférieure à 25°C.  
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.  
Keep out of the reach and sight of children.

**Maxilase® DORES DE GARGANTA**

Via oral.

24 comprimidos revestidos

**Composición:**

Alfa-amylase 3000 U. CEIP

**Excipientes con efecto importante:**

amarillo alaznado S (E110),  
sacarose, lactose.

PPV:  
01HD09

5807 55

Distribuidor sous licence  
par LAPROPHAN  
21, rue des Oudaya  
CASABLANCA - Maroc



3 582910 019110

**Fabrice / Manufacturer**  
Sanofi Winthrop Industrie  
1, rue de la Vierge  
Ambarès-et-Lagrave  
33565 Carbon Blanc, France  
75014 Paris, France  
sanofi-aventis France  
1-13, boulevard Romain Rolland

Médicament autorisé /  
Authorized medicine /  
رواء مريض رقم:  
34009 30653074

**24 COMPRIMÉS ENROBÉS COATÉD TABLETS**  
**ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP**  
**MAUX DE GORGE / SORE THROAT**

**Maxilase®**



EXP:

Lot/Batch: Fab./Mfg.:



30



**Maxilase®**  
**MAUX DE GORGE / SORE THROAT**  
**ADULTE / ADULT** **ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP**  
**24 COMPRIMÉS ENROBÉS**  
**24 COATED TABLETS**  
**SANOFI**

Voie orale / Oral use

**Composition:**

Alpha-amylase 3000 U. CEIP

**Excipients with a specific effect:** orange yellow S (E110), sucrose, lactose.

For one coated tablet.

**Dosage:** FOR USE IN ADULTS ONLY.  
1 tablet 3 times daily during meals.

Do not use this medicine for more than 5 days without medical advice.

**Composition:**  
Alpha-amylase 3000 U. CEIP  
**Excipients à effet notoire:** jaune orange S (E110), saccharose, lactose.  
Médicament non soumis à prescription médicale.  
**Posologie:** RÉSERVE À L'ADULTE.  
1 comprimé 3 fois par jour au cours des repas.  
Ne prolongez pas le traitement au-delà de 5 jours sans avis médical.

500226105

540967



جميعا  
مع الطفل السكري



# ORDONNANCE

**Rabat ; le :** .....

1) Area × ie long

14 15 17

2) Inesio 207  
Agel 1;

3) Türk ge z e n i f a m m e r k e

134,50

Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat  
Tél: 0537 795 096

Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE

# Takrozem® Gé 0,1% pommade

Tacrolimus

Voie cutanée 30 g pommade



PC: 03400930143810  
SN: 13NBY6FBHE39N5  
Lot M2103408  
EXP: 02/2024

737318

**Composition en substance active :** Tacrolimus (sous forme de tacrolimus monohydraté) 1,0 mg. Pour 1 g de pommade.

**Liste des excipients :** Vaseline blanche, paraffine liquide, carbonate de propylène, cire d'abeille blanche, paraffine solide.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Prescription réservée aux dermatologues et aux pédiatres.

## Takrozem® Gé 0,1% pommade

Tacrolimus

Médicament autorisé N° : 34009 301 438 1 0

Titulaire / Exploitant  
PIERRE FABRE DERMATOLOGIE  
45 PLACE ABEL GANCE  
92100 BOULOGNE  
FRANCE



Pierre Fabre



**TAKROZEM  
+ GROSSESSE  
= DANGER**

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
sauf en l'absence d'alternative thérapeutique.

**NE PAS AVALER  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

LISTE I. Uniquement sur ordonnance.



3400930143810

Code: Guj/Drugs/1339

Respecter les doses prescrites

احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

1 قائمة طبية فقط - قائمة I

70042494/120916-1/3882

6



Arcoxia 120 mg  
7 comprimés

P.P.V : 134,50 DH

Distribué par MSD Maroc  
AMM 448/16DMP/21/NT0

Each film-coated tablet contains 120 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.

FAB/MFG

10-2020

EXP

10-2023

LOT

U007639

