

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

147610

**Déclaration de Maladie : N° P19-0019275**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : LOVIT Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : WAKIM KHADJA Date de naissance : 08/06/1955

Adresse : Beauséjour, Rue AL KHODAIE, RES ALKAADAR

Tél. : 0662.146.863 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. SADIK Fouzia**  
Médecin  
104, Rue Mimouza May Erraha  
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

**INPE : 091122440**

Date de consultation : ..... / ..... / ..... 25 JAN 2013

Nom et prénom du malade : Mme WAKIM KHADJA Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Surveillance + OMA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

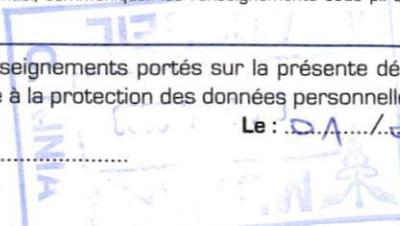
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) : ..... 

Le : DA/02/2013



### 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
15 JAN 2022	AC 1	01	200,00	Dr. SAIDIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Bay Erraha Tél: 05 27 36 58 9 Casablanca
INPE: 091122440				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACY Dr. Saidik - Casablanca Tél: 05 27 36 58 9	17/03	499,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			0,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from				

**Docteur SADIK Fouzia**

**Médecine Générale**  
**Echographie Générale**

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1<sup>er</sup> Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

**الدكتورة صديق فوزية**

**الطب العام**  
**الفحص بالصدى**

104. زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بروسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

25 JAN. 2005

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء ، في :

Dr. HIBA WAKIM Kladija

138X3

PHARMACIE HIBA  
51, Bis Rue Banafsa - Casablanca - Beauséjour  
0522 39 34 31 - 05 22 36 58 91

Paroxetine WIN

1 cp / 1 (11 x 0.3 mg )

Spectrum (auriculaires)  
ofloset (auriculaires)

3 gttz 2 fois /  
dans le oreille

Dr. SADIK Fouzia  
104, Rue Mimosa (ex Rue des Ecoles) - Casablanca  
Tél. 05 22 36 58 91

33,4

54,29,0

PHARMACIE HIBA  
Dr. Ahmed CHAFRY  
51, Bis Rue Banafsa - Beauséjour  
0522 39 34 31 - 0522 94 99 34

# باروكسيتين وين<sup>®</sup>

باروكسيتين كلوروهيدرات عديم التعبير

20 ملخ

قرصا ملبيسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة |

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
  
6 118000 062301

LOT : 22E006  
PER.:05 2025

المواعيد / المقادير / POSOLOGIE /

MATIN / الصباح /

MIDI / الظهر /

SOIR / المساء /

REPAS / الوجبات /



# باروكسيتين وين<sup>®</sup>

باروكسيتين كلوروهيدرات عديم التعبير

20 ملخ

قرصا ملبيسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة |

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
  
6 118000 062301

LOT : 22E006  
PER.:05 2025

المواعيد / المقادير / POSOLOGIE /

MATIN / الصباح /

MIDI / الظهر /

SOIR / المساء /

REPAS / الوجبات /



# باروكسيتين وين<sup>®</sup>

باروكسيتين كلوروهيدرات عديم التعبير

20 ملخ

قرصا ملبيسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

## RESPECTER LES DOSES PRESCRITES احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Liste  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة |

PAROXETINE WIN 20MG  
CP PELL SEC B30  
P.P.V : 132DH00  
  
6 118000 062301

LOT : 22E006  
PER.:05 2025

المواعيد / المقادير / POSOLOGIE /

MATIN / الصباح

MIDI / الظهر

SOIR / المساء

REPAS / الوجبات

# سيبكتروم

سيبرفلوكساسين

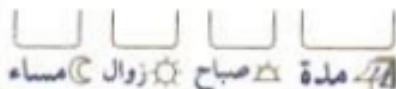
0,3%

قطرات  
 للأذن



قطرات للأذن

5 ml



 COOPER  
PHARMA

LOT : A020474  
PER : 07-2025  
PPV : 33,00DH

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية . يبعد عن  
الضوء

بعد فتح الفارورة لا يستخدم في حال تجاوز شهر واحد

A conserver à une température inférieure à 25°C, à l'abri de la lumière

Après ouverture du flacon, ne pas utiliser au delà de 1 mois



SPECTRUM + GROSSESSE =  
DANGER

سيبكتروم + الحمل = خطير

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse

يُنصح بتجنب استعمال سيفكتروم أثناء  
الحمل

Tableau A (liste I) جدول أ (القائمة I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم дозировок назначенных

Uniquement sur ordonnance  
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

Ne pas utiliser après la date de péremption  
لا يستعمل بعد إنتهاء مدة الصلاحية

 COOPER  
PHARMA

41, Rue Med Diouri, 20110 Casablanca

Amina DAOUDI :

Pharmacien responsable  
Fabriqué par Cipla Ltd

CI : 6356