

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.

Matricule : 1216 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

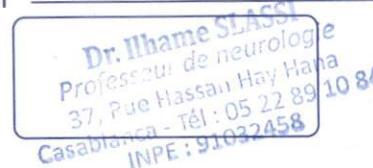
Nom & Prénom : SAPHOYART Mohamed

Date de naissance : 30.6.1966

Adresse : RGA 16 Rue MABILLON VAC FLORIE

Tél. : 0662183015 Total des frais engagés : 3292 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : MPT

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

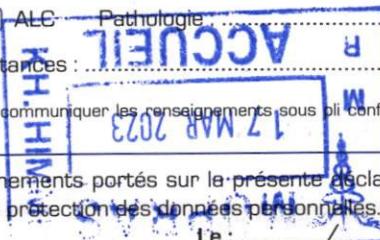
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/23	CS		500dh	Dr. Ilhame SIASSI Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique - 03 22 50 10 84

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU NIL 34- Oum-Rabii Casablanca	11/01/2023	2727,67

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top points upwards, and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right indicates the sagittal plane. The teeth are arranged in a standard dental sequence, with the first molar on each side being number 1.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ وأمراض الجهاز العصبي

11/01/2023

11/01/2023

HARMONIE DU NI
451, Bd. Oum-Rabii
Casablanca

MR SARHOURT MOHAMMED

- **Madopar 250 mg - comprimé quadrisable**
1/2 Comprimé, à distance des repas, matin, midi, soir, per
 - **Forlax 10 g - poudre pour solution buvable**
2 comprimés, soir, en cas de constipation, pendant 4 mois
 - **Sifrol 1.05 mg - comprimé à libération prolongée**
1 Comprimé, matin, après les repas, pendant 4 mois

RV 3 Mois

~~Dr. Hassan SIASSI
PROFESSOR
33 Rue Hassan
Villefranche - Tél : 04 93 22 89 10
Fax : 04 93 22 89 10
E-mail : hsiassi@wanadoo.fr~~

PHARMACIE DU NIL
451, Bd. Jum-Rabii
Casablanca

PHARMACIE DU NIL
451 Bd. Oum-Rabji
Casablanca

مبلغ 1,05

سيفرو®

برامبيكسول

أقراص ذات تحرير مطول

سيفرو® 30 قرص ذات تحرير مطول

2020/07/30



كونوا حذرين
لا سوقوا دون الشارة ملائكة في الصناعة/سلوفاكيا
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

BOTTU S.A.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة 1 - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة

--

مبلغ 1,05

سيفرو®

برامبيكسول

أقراص ذات تحرير مطول

30 قرص ذات تحرير مطول

EU/1/97/050/020
دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

300207-02

BOTTU S.A.

Chaque comprimé à libération prolongée contient
1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydrate
correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de
l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/020

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي
الماء، أي ما يوازن 1,05 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلاع الأقراص بأكملها دون مضنهما، قلعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيداً عن الرطوبة.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة 1 - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

مبلغ 1,05

سيفرو®

برامبيكسول

أقراص ذات تحرير مطول

30 قرص ذات تحرير مطول

30/02/207-02



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

BOTTU S.A.



كونوا حذرين
لا تسيروا دون انتباهة مطلقة في الصالحة/مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

احترم الكميات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

القائمة 1 - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملг من بيكلور هيبرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 1,05 ملг من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضنهها، قلعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متداول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/020

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

مبلغ 1,05

سيفرو®

برامبيكسول

أقراص ذات تحرير مطول

30 قرص ذات تحرير مطول

EU/1/97/050/020

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

احترم الكميات المحددة

القائمة 1 - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

--

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

300207-02

Chaque comprimé à libération prolongée contient
1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydrate
correspondant à 1,05 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de
l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/020

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من بيكلور هيبرات البرامبيكسول أحادي
الماء، أي ما يوازن 1,05 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضنهها، قلعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متداول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

forlax®

Macrogol 4000

10g

Exp : 01/2025
LOT : W02184



maphar

Boulevard Akhmed Ibn
Quarter Industrie Sidi Benhousse Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V : 73.50 DH



6118001181193

Médicament non soumis à prescription
médicale.
Not subject to medical prescription.

Médicament autorisé n° /
Authorised medicinal product N°:
34009 338 99783

SYMPTOMATIC TREATMENT OF CONSTIPATION

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT

Child aged 8 years and over
Adult



20 sachets



34 009 338 997 83

Titulaire/Exploitant
Marketing authorisation holder /
Distributor
IPSEN Consumer Healthcare
65, quai Georges Gorse
92100 Boulogne-Billancourt

IPSEN