

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

- Reclamation : 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.

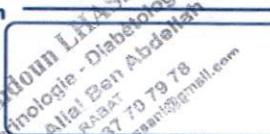
Déclaration de Maladie

N° W21-766329

Py
Pomys

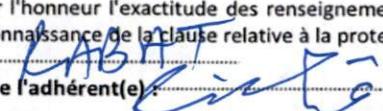
| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 1670 | Société : RAM | Autre : retraite | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | GHANNAM HASSAN | |
| Nom & Prénom : GHANNAM HASSAN | | | |
| Date de naissance : 25/05/17 | | | |
| Adresse : 16, rue Constantine Hassan | | | |
| Tél. : 06 63 04 19 00 Total des frais engagés : 740,40 Dhs | | | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 16/07/18 | | | |
| Nom et prénom du malade : ESSABAH Hizkia Age : Guay | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Goutte - TA - Lipome | | | |
| 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** Le : **16/07/18**

Signature de l'adhérent(e) : 

| | |
|--|---------------------------------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-766329 |
| 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 : 1670 | Nom de l'adhérent(e) : GHANNAM |
| Total des frais engagés : 740,40 | Date de dépôt : 16/07/18 |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 16 Mai 2014 | G | 9 | 300 | INP : 110109473 Signature du Médecin : Dr. C. A. Rabat Signature de l'Assurance : Agence de Nutrition Date : 19/05/2014 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Dr. S. Montant de la Facture 135. 135. 135. |
|---|---------|--|
|  | 16/5/23 | 440, 40 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES/MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | AM | PC | IM | IV | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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.

عيادة أمراض الغدد و السكري

CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE

Docteur Hamdoun LHASSANI

Diplômé de l'Université de Lille (France)

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétoologie - Nutrition - Obésité - Cholestérol

Spécialiste en Stérilité du Couple

Echographie

Ex. Médecin aux C.H.U

de Lille et d'Amiens (France)

الدكتور حمدون الحسني

خريج جامعة ليل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الغدد و السكري

و الكوليستيرول و السمنة

اختصاصي في عقم الزوجين

اكوغرافيا

طبيب سابق بالمستشفيات الجامعية

بليل و أميان بفرنسا

بالنفع
Sur Rendez-vous

Rabat, Le

الرباط، في

9e

ESSARBAHI Rhizlane

50,10

- Dima 30

½ كيلو

23,50

- Forlax

87,00

112,10 Relaxin

- Rozat 10

82,70 Pregaz 50

1 Sa 31

1 CP/10

1 CP/10

1 CP/10

Brut

140,40

صيدلية سومنة مسنان
Pharmacie Sawmaat Hassan
Taïeb BOUZIRI
Place de l'Unité Africaine - Rabat

Dr Hamdoun LHASSANI
Endocrinologie - Diabetologie
735, Av. Allal Ben Abdellah
Tel. : 05 37 70 79 78
hamdounhassani@gmail.com

Ingrediénts : oxyde magnésium marin, vitamine B6, dioxyde de silicium, stéarate de magnésium, maltodextrine... qsp.

1 gélule.

Complément alimentaire n'est pas médicament.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur.

| Analyse moyenne | Par 1 gélule |
|-----------------|--------------|
| Magnesium | 300 mg |
| VITAMINE B6 | 2 mg |

*Apport Journalier Recommandé

Relaxium® B6



1 gélule par jour

magnésium
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT



146-147 Z1, Til Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Propriétés : Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire.

Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage. La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

Conseils d'utilisation : 1 gélule par jour avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DMP/20UCAV1



6 111269 050072 >

Relaxium® B6



1 gélule par jour

magnésium
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

LOT : 220806
DLM0 : 11/2025
87,00DH

VOIE ORALE
30 GÉLULES

300 mg

forlax[®]

Macrogol 4000



Expiry date : 07/2025
Lot : W1675

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

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

maphar

Boulevard Alphonse Mère

Quartier industriel Sidi Benouaïd - Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. 73,50 DH



6118001181193

SYMPTOMATIC TREATMENT OF CONSTIPATION

FLAVOUR ORANGE-GRAPEFRUIT

Child aged 8 years and over
Adult



20 sachets



.3400933899783

IPSEN

Titulaire/Exploitant
Marketing authorisation holder /
Distributor

IPSEN Consumer HealthCare
65, quai Georges Gorse
92100 Boulogne-Billancourt

ROZAT[®] 2

Rosuvastatin

Rosuvastatin

PPV:238DH00
PER:11/24
LOT:L3805-1

28
Comprimés
pelliculés
Voie orale

bottU_{RA}
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

MISES EN GARDE SPECIALES :
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

تحذيرات خاصة :
تحذير يعنى منع مجرى مياه الشورة من دخول الأطوال
إحتياطات خاصة للتغذية :
تحذير في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية :

PRÉCAUTION PARTICULIÈRE DE CONSERVATION :
A conserver à une température $\leq 25^{\circ}\text{C}$.

٢٠

روزنامه سلطنتی

عن طلاق الفم
28 معرفاً

٨٢- مبر الأكاديميان - عين السبع - المدار البيضاوي
المندوبي - صيدلي مسؤول

COMPOSITION :
Rosuvastatine 20 mg
Excipients : q.s.p un comprimé pelliculé
Excipient à effet notable : lactose anhyd.

DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

Voie orale

Lire attentivement la notice avant utilisation

Ne pas laisser à la portée des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas +25°C. Conserver le conditionnement primaire soigneusement fermé, à l'abri de l'humidité.

انظر البيان الداخلي قبل الاستعمال
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25
درجة مئوية.

ديمازول 10 مغ

كاربيمازول

Composition :
Un comprimé contient
Carbimazole 10 mg
Excipients : lactose monohydrate, glucose, amidon de pomme de terre, stéarate de magnésium, silice colloïdale anhydre.
Excipients à effet notoire : lactose.

التركيب :
كاربيمازول 10
سواغات (بما في ذلك الألاكتون) : لاكتون،
غليكون، نشا البطاطس، ستيارات المغنزيوم،
سيلوكا غروية لامانية.

50 قرص

عن طريق الفم

DIMAZOL® 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

PROMOPHARM S.A.



بروموفارماش
PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem - Maroc

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Tableau A (LISTE I)

48,00



PPV:82DH70
PER:03/26
LOT:M758



PREZAR® 50 mg



30 Comprimés pelliculés sécables
Voie orale

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Tenir hors de la nocturne et de la vie des enfants

الآن في طبعات المطبوعات المعاصرة

لire attentivement la notice avant utilisation.

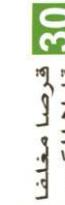
THE AMERICAN POLICE SYSTEM 11

يرجى مراجعة النشرة قبل أي إستعمال.

A conserver à une température inférieure à 30 °C.

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

مدونة ٥٠ ملء (٥٠ ملء) ®



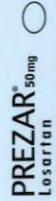
٦٣

د 82 معر الكازارينايس - عين السبع - الدار البيضاء
من. البشوشي - صيدلي مسؤول

Competition on subsistence activities

Composition en substance active :
Losartan potassique 50 mg.
Excipients : q.s.p 1 comprimé pelliculé séable.

Excipient à effet notoire : lactose



PPV:82DH70
PER:03/26
LOT:M758