

# 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.

**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

M22- 0059028

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IDRISSI ? N BARK

Date de naissance :

Adresse :

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0059028**

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# DR. ABDELAZIZ BENHMID

Médecine Générale

Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP

الدكتور عبد العزيز بن محمد

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط



Sidi Ifni, Le : 14-06-2023 سيدى إفني، في:

Mr, Mme, Melle : ID 211881 20 MAY A

60000

- 42

ra

34,60

- Amal

18 h

18

84,80

- Kab du 27 gel

18,00

1 App / Semaine

4 semaines

- Delt

vita

18 12

1 ca

1 px 87

10,30

- Delt

RDV Le :

807,10

Dr. Abdellaziz BENHMID  
Diabétologie Echographie  
Lot. Fatah Sidi Ifni  
Tél: 05.28.87.59.96

maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql. Sidi Bernoussi  
Casablanca - Maroc  
KETODERM 2% GEL SAC B8  
P.P.V. : 84DH20

6118001181490

Pharmacie EL OUAFI  
Dr. Driss BENMHAMMED  
Tél : 05.28.87.65.96  
AV. CAI, 12 Sidi Ifni  
INP : 06-2074167  
ICP : 0012312940000066

Dr. Abdellaziz BENHMID  
Diabétologie Echographie  
Lot. Fatah Sidi Ifni  
Tél: 05.28.87.59.96

**Composition :**

Azithromycine ( DCI ) ..... 500 mg  
 Excipient q.s.p ..... 1 comprimé  
 Excipient à effet notoire : lactose.  
 Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 gr d'azithromycine.

**G** مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
 Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ ® 500 mg

Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés

P.P.V. : 60,00 DH

6 118000 190097

علبة من 3 أقراص  
عن طريق الفم

أزيثروميسين

500 ملغ

# أزييد

**G**  
غالينيكا

Lot : K2483

Fab : 07/22 Per : 07/25

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير وكيفية الاستعمال: إقرأ البيان داخله.  
 Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité  
لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احترموا الجرعات المحددة  
Respecter les doses prescrites

١٦ ﺔﺻا ﻑدا

الْجَمِيعُ وَالْجَمِيعُ

باداصيطامول 500 مع + قیتاہیں سے 150 مع

卷之三

AMM N° 554/15 DMP/21/NRQA 6 118000 041252

18000-011252

DolipranevitamineC<sup>®</sup>  
Paracetamol 500mg + VitamineC 150mg  
16 comprimidos effervescentes

- Enfant de 2 à 40 kg (environ 0 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.
- Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.
- Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) :
  - 1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.
  - Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.
- Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.

POSOLOGIE

Acétylmalol et de la vitamine C.

CE MEDICAMENT ?

• 16

**Scorbutique = 150 mg, pour un comprimé effervescent.**

mol 500 mg + Vitamine C 150 mg

Liprane vitamine C®

الله مهير المؤذن بدار العباس - عيون السفرا - الدار البيضاء  
د. المصطفى العلوي - عيسى بن سلطان

18,00

8 D H 0 0  
0 9 / 2 5  
1 3 3 2 6  
S 1

# Amoxil 500mg

amoxicilline

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 500mg

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés

dosés à 500mg, soit 6g

d'amoxicilline.

اموكسيلين 500 ملг. يحتوي هذا الدواء على  
الأسيتراتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتباه قبل الاستعمال

Ce medicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال  
هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

A avaler avec un verre d'eau  
بلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 500mg  
12 comprimés dispersibles



PER : 07/24

LOT : 650490

PPV : 34.60 DH

# Doliprana

PARACETAMOL

PPV: 10DH30

PER: 01/24

LOT: K268

20 COMPRIMES SECABLES

Doliprana® 500 mg  
PARACETAMOL

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6