

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



Déclaration de Maladie  
M22- 0059029

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : IRISS I MARR  
Date de naissance : 16/7/72  
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 M22-0059029

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 :

### 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



## DATE DE DEPOT

**W**

**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone 06.68.32.01.14
Fonction retraité	Matricule 3189	Mail

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

NOM & Prénom du patient :	ABALAGH AQUIACH	Age	01 / 01 / 1963	Date de la première visite	14 / 06 / 2018
------------------------------	-----------------	-----	----------------	----------------------------	----------------

Nature de la maladie. Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

## RELEVÉ DES FRAIS &amp; HONORAIRES DU MEDECIN

Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
14.06.23	1	C	100,00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

 Dates	14/06/23	Montant de la facture 581,70
--	----------	---------------------------------

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

D. Te. Av. INP. ICE: 0012	Dates	Designation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

	Dates	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES


Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

**Veillez fournir une facture**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

[illegible]

**O.D.F.**  
**Prothèses dentaires**

	Indicateur			
	D	H   B	G	
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553		
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Montant des soins

Date du devis

Fin de l'exécution

**VOLET ADHERENT**

NOM du Patient :			DECLARATION N°
			W
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes

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

**Durée de validité de cette  
feuille est de (3) trois mois**

الدكتور عبد العزيز بن حميد

الطب العام

### الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفاط

Sidi Ifni, Le :

Mr, Mme, Melle :

$$58,70 \times 4 \rightarrow 234,80$$

1. Tern  
79,90 x 3 → 239,70

Na Triaxu 11/1/19

$$17,00 \times 2 \rightarrow 34,00$$

- Plu a grip  
30,10 100x3. log

20.10 - Kund 1st  
1800 hrs Wp

-Broch phase 1 car vs 1

29.70 - find  $\frac{u}{1500}$

RDV Le :

ودادية الفتح أمام المخيم البلدي - سيدي إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96  
Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96



# تنورمين® 100 ملغ

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

**TENORMINE® 100 mg**  
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير الموصوفة

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

PER.:08 2025

LOT :22E003

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



**Maphar**

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

# تنورمين® 100 ملغ

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

**TENORMINE® 100 mg**  
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير الموصوفة

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

PER.:08 2025

LOT :22E003

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



**Maphar**

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

# تنورمين® 100 ملغ

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

**TENORMINE® 100 mg**  
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير الموصوفة

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

PER.:08 2025

LOT :22E003

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



**Maphar**

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.

# تنورمين® 100 ملغ

أتينولول

عبر الفم

28 قرصا مغلفا قابلا للكسر

**TENORMINE® 100 mg**  
ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES  
احترم المقادير الموصوفة

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

PER.:08 2025

LOT :22E003

TENORMINE 100MG  
CP PEL SEC B28

P.P.V :58DH70



**Maphar**

Boulevard ALKIMIA N°6 QI-Sidi Bernoussi,  
Casablanca.



**NATRIKAM® 1,5 mg/5 mg**

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine


**ناتريكسام 1,5 ملغ/5 ملغ**  
جبات ذات تحرر معدل  
إندياميد / أملوديپين

احترموا التعليمات المصنعة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



**NATRIKAM 1,5 mg/5 mg**   
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

**Les Laboratoires Servier - France**

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

**SERVIER**





**NATRIKAM<sup>®</sup> 1,5 mg/5 mg**

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine


**ناتريكسام 1,5 ملغ/5 ملغ**  
جبات ذات تحرر معدل  
إنداباميد / أملوديبين

احترموا القادير المعينة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



**NATRIKAM 1,5 mg/5 mg**   
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

**Les Laboratoires Servier – France**

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie – 905, route de Saran

45520 Gidy – France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

**SERVIER**



**NATRIKAM® 1,5 mg/5 mg**

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine


**ناتريكسام 1,5 ملغ/5 ملغ**  
جبات ذات تحرر معدل  
إنداباميد / أملوديپين

احترموا القادير المعينة

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
قائمة I - لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية



**NATRIKAM 1,5 mg/5 mg**   
30 comprimés à Libération Modifiée  
PPV : 79,90 DH

14011124



مختبرات سرفيه - فرنسا

**Les Laboratoires Servier – France**

التصنيع / Fabricant

Les Laboratoires Servier

Industrie – 905, route de Saran

45520 Gidy – France

**SERVIER MAROC**

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

**SERVIER**



ل 125

Bronchofluide® 5 g/100 ml 

adultes

sans sucre

solution buvable - 125ml



6 118000 140108

بیتیمین

زیتون  
کد

سک  
بدون

بیتیمین  
برونکوفلاید

میتوفا

**Bronchofluide®**  
sans sucre

LOT:306

PER:06/24

PPV:20,40DH

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

رينومييسين



05/18

أكياس 10

مسحوق لتحضير الشراب

مختبرات الصيدلة فارما 5  
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول



Xénid®  
Diclofénac de sodium

**XÉNID®**

Diclofénac sodique 100 mg

10 suppositoires

VOIE RECTALE

LOT : 1428  
PER : 01/25  
PPV : 30/10 DH

xénid 100mg ○

10 suppositoires



6 118000 140559

**Laboratoire Pharmaceutique NOVOPHARMA**

crises de coliques néphrétiques (Xénid injectable uniquement), des manifestations inflammatoires en poussée aiguë, des

**Contre Indications :**

- Ulcère gastrique ou duodénal en évolution.
- Hypersensibilité au Diclofénac.
- Insuffisance rénale ou hépatique sévère.

**Grossesse et allaitement :**

- Il est recommandé de ne pas administrer XENID lors des 3 derniers mois de la grossesse.
- Les AINS passant dans le lait maternel, par mesure de précaution il convient d'éviter de les administrer chez la femme qui allaite.

**Précautions d'emploi :**

- Une surveillance médicale étroite est indispensable chez les patients présentant des symptômes suggérant des troubles gastro-intestinaux, des antécédants évocateurs d'ulcère gastro-intestinal, une colite ulcéreuse ou une maladie de crohn, ou encore une atteinte de la fonction hépatique.

# رومكس

®



500 ملغ 30 ملغ

انسداد الأنف

الآم في الرأس

الحمى

باراسيتامول  
يسودوإيفيدرين

16 قرصا

بوليمديك

زنقة أميوط رانجيل حي أرسلان الدار البيضاء - المغرب  
د.م. الحوياشي - صيدلي مسؤول

**Rhumagrip**

16 comprimés  
Voie orale



6 118000 120537

17.10.11

# رومكس

®



500 ملغ 30 ملغ

انسداد الأنف

الآم في الرأس

الحمى

باراسيتامول  
يسودوإيفيدرين

16 قرصا

بوليمديك

زنتة أميوط رانجيل حي أرسلان الدار البيضاء - المغرب  
د.م. الحوياشي - صيدلي مسؤل

**Rhumagrip**

16 comprimés  
Voie orale



17.10.11