

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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.

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



Déclaration de Maladie

W21-830751

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 084 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AZIZ ROUHI
 Date de naissance : 06/12/1975
 Adresse : AV. HASSAN 2 RES. MAHARJ CENTRALE IMM. A2
 APPT 2 SALA ALJADIDA
 Tél. : 0602099737 Total des frais engagés : 746,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/12/2023
 Nom et prénom du malade : Hana ABOUJAFAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Grippe + colite + Migraine
 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 : RABAT Le : 11/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Cachet et signature du Médecin Des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
			Montant des Actes
Dr. Chahinez BENDIDA Médecin Généraliste Res. Al Khair, Apt. 4 - JADIDA Tél. 0537 91 12 13		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
04/12/23		253,00
11/12/23		293,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOUET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

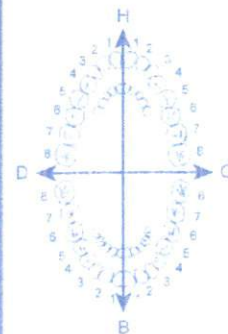
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
255.33412	15433552
000.00000	00000000
D	G
000.00000	00000000
055.33411	11433253
B	



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE MEDECINE GENERALE

Consultations et Echographie Général adultes et Enfants

Docteur Chahinaze BENDIDA

Medecine Générale
Diplômée en Echographie
Agrée pour la visite médicale
du permis de conduire

ORDONNANCE

Sala Al jadida
TEL : 0537533151
INP: 101218162

A. 604/12/23

Hana ABOUJAAFAR

SALA AL JADIDA le Lundi 4 Décembre 2023

400,00
RAZON 40 B/28
1 Comprimé le matin TRT 14 JOURS

99,00
PROBIOSTIM
1 le matin TRT 10 JOURS

54,00
DUSPATALIN 200MG GELULE 30
1 Gélule le matin, le midi et le soir

253,00

DUSPATALIN 200MG
GELU B20

P.P.V : 540H00

LOT : 23E00TV
PER: 03 2023



Pharmacie AL ARZ
Lot 1136 Villa Sana Aljadida
Sana Aljadida 33700
INP: 101218162

ORDONNANCE

A. S. A. XIE le 08/12/23

ABU FARHANA

Alysa 25ms P160
up 1500 tr Louis

Nigrix 5ms (Nigraim)
up en cas de
à renouveler 65

36.50
17

157.60
293170

Dr. Chahinez BENDIDA
Médecin Généraliste - Echographie
Res. AL KHAIR AL JADID
Tél. 0537 53 51 51

PHARMACIE S. A. XIE
Dr. Chahinez BENDIDA
Médecin Généraliste - Echographie
Res. AL KHAIR AL JADID
Tél. 0537 53 51 51

Dr. Chahinez BENDIDA
Médecin Généraliste - Echographie
Res. AL KHAIR AL JADID
Tél. 0537 53 51 51

RAZON[®] 40 mg ○

14 Comprimés enrobés
gastro-résistants

LOT : 627
PER : 11/25
PPV : 100,00 DH



40 رازون

بانتوبرازول 40 مغ

قرصا ملبسا مقاوما
لأمعاء المعدة

14

منطقة الفم

يساعد على تعزيز تطور الطوار الصحية
يساهم في تقوية المناعة الطبيعية للجسم

Probiostim

نصائح الاستعمال

• بروبيوستيم® :
منتج موجه للأطفال أكثر من سنة وللبالغين.
كيس واحد إلى كيسان في اليوم.
ينصح بتناول محتوى الكيس مع شراب بارد
(حليب أو عصير)، ويفضل أخذه خلال
الوجبة.
يوصى باستعمال بروبيوستيم® عدة مرات في
السنة.

تحذيرات الاستعمال

مزيد من المعلومات، المرجو الرجوع إلى النشرة.
يحفظ بعيدا عن نظر ومتناول الأطفال.

طريقة الحفظ

يجب حفظ بروبيوستيم® في مكان بارد وجاف.
يحفظ به في عبوته الأصلية، في درجة حرارة
لا تتجاوز 25 درجة مئوية. يستهلك قبل
تاريخ نهاية الصلاحية المحدد على الغلاف.

بروبيوستيم® مكمل غذائي وليس دواء.

INDICATIONS FOR USE

• Probiostim® recommended for
children over 12 months and adults : 1
to 2 sachets per day. The content of
the sachet is to be taken with a cold
drink (milk or juice) preferably during
meals. It is recommended to take
Probiostim® for several times a year.

PRECAUTIONS FOR USE

For more information, please refer to
the package leaflet. Keep out of the
sight and reach of the children.

STORAGE CONDITIONS

Probiostim® should be kept
somewhere cool and dry. Store below
25°C, in the original packaging. Use at
best before the optimal deadline
indicated on the package.

Probiostim® is a food supplement,
not a medicine

CONSEILS D'UTILISATION

• Probiostim® conseillé à l'enfant de
plus de 12 mois et à l'adulte : 1 à 2
sachets par jour. Le contenu du sa-
chet est à prendre avec une boisson
froide (lait ou jus) de préférence
pendant les repas. Il est recommandé
de prendre Probiostim® plusieurs fois
dans l'année.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI

Pour plus d'informations, veuillez
vous référer à la notice. Tenir hors de
la vue et de la portée des enfants.

CONDITIONS DE CONSERVATION

Probiostim® doit être conservé dans
un endroit sec et frais. Conserver à
une température inférieure à 25°C
dans l'emballage d'origine. À
consommer de préférence avant la
date limite d'utilisation optimale
Indiquée sur l'emballage.

Probiostim® est un complément
alimentaire, ce n'est pas un médicament.



COOPER PHARMA
PPC: 99,00 DH

ALYSE® 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

Lot.:

23B820

Exp.:

02.2026

PPV: 136DH50

bottu_{SA}

82 - Avenue des Casuarinas - Ain Sejjala - Casablanca




ر.م. 5

أقراص 6

ميجريكس

بنزوات ريزاتريپتان

عن طريق الفم

Migrix 5 mg 
Benzoate de rizatriptan
6 comprimés



Lot N°: 0205742
Fab : 27/09/22
Per : 09/2025
PPV : 157,20

