

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 84.95

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSALHI ABDELAZIZ

CO 91  
19/04/33

Date de naissance :

14 MARS 1965

Adresse :

ESSALHI ROYAL AIR MAROC .COM

Tél. 066 523 8516

Total des frais engagés : 1 027.30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Mohamed LAAMIM**

Professeur d'Anatomie-Pathologie

Diplôme de Médecine de Grâce

et Faculté de Médecine Paris

2, Rue Al Abdellah Al Hassani - Rabat

B: 05 37 26 08 29 GSM: 06 68 45 92 52

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MM. HADJI SVISSL Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD  ALC

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/01/2014

## VOLET ADHERENT

### Déclaration de maladie

W21-832581

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 :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

301087781

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.12.23	727,30

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE RETOUR

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**ATTESTANT L'EXÉCUTION**



**ESAC® 20**  
ésoméprazole **mg**

**7 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*

**Voie orale**



46,00

00000000000000000000000000000000  
PTB 12/24  
PPV 450H00



500 ملغ

**BioVanic 500 mg**  
7 Comprimés  
Deva Pharmaceutique



6 118000 410065

**Deva**

مختبرات ديفا للصيدلة  
ج.وأجدي صيدلي مسؤول  
146-147 للطنة الصناعية بيطاطن - الدار البيضاء

# بيوفانيك

ليفو فلوكساسين

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص مغلفة قابلة للكسر

LOT: M1136  
PER: 09/2025  
PPU: 87,00 DH

7

500 ملغ

مضاد حيوي

ليفو فلوكساسين

7

Code : AC2 - 00184

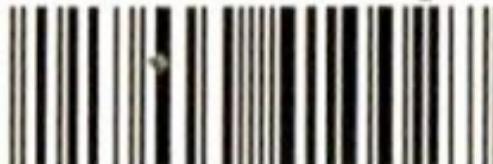
20 ملغ

# أنابرييد

Anapred 20 mg

30 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410027

Deva

مختبرات ديفا للصيدلة

ج.وأجدي صيدلي مسؤول

الطبقة الصناعية لطبليل - الدار البيضاء

LOT : M1086  
PER : 07/2025  
PPU : 57, 10DH



بردينيزولون

عن طريق الفم

30 قرص متحلل

ORO dispersible



بردينيزولون  
30 قرص متحلل

Code : AC2 - 00182

Dipropionate de bêclométasone/  
fumarate de formotérol dihydraté

en flacon pressurisé

Solution pour inhalation

100/6 microgrammes/dose

FOSTER®

FOSTER®

100/6 microgrammes/dose

Solution pour inhalation  
en flacon pressurisé

Dipropionate de bêclométasone/  
fumarate de formotérol dihydraté

فستار®

100/6 ميكروغرام / جرعة

محلول للاستنشاق في قارورة مضغوطة

ديبروبيونات بكلوميتابرون

وفومارات الفورموميتيرون ثانثي الهيدرات

120 Doses

120 جرعة

voie inhalée

من طريق الاستنشاق

12/2024

03/2023

1170748

Exp.:

Fab.:

Lot:

A utiliser sous prescription  
médicale. Tenir hors de la portée  
et de la vue des enfants.

Mode et voie d'administration:

Lire la notice avant utilisation.

Ne pas exposer à des  
températures supérieures à  
50°C. Ne pas percer la  
cartouche. Maintenir le flacon  
pressurisé vertical pendant  
l'utilisation.

يصرف بوصفة طبية. يحفظ بعيداً عن الماء  
ومتناول الأطهاف.

الجرعة وطريقة الاستخدام. إقرأ النشرة قبل

الاستعمال. لا تعرّضه لنرخات حرارة تزيد

عن 50° مئوية. لا تختلف المقاربة

المضغوطة. يجب الحفاظ في القارورة

المضغوطة عمومية آثناة، الاستخدام.

Avant la délivrance aux patients :

A conserver au réfrigérateur  
(entre 2 et 8°C) (pendant 18  
mois au maximum).

Après la délivrance :

A conserver à une température  
ne dépassant pas 25°C (pendant  
3 mois au maximum).

قبل التسليم للمرضى :

يحفظ في درجة حرارة ما بين 2 و 8 درجات

منوية (لمدة 18 شهراً على الأقل).

بعد التسليم: يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز

25° منوية (لمدة 3 أشهر على الأقل).

Composition par dose :

dipropionate de bêclométasone ..... 100 µg

Fumarate de formotérol dihydraté ..... 6 µg

Excipients : q.s.p ..... 1 dose

Excipient à effet notoire : éthanol anhydre

Voir la notice pour plus d'informations.

التركيبة للجرعة : ديبروبيونات بكلوميتابرون ..... 100 ميكروغرام

فومارات الفورموميتيرون ثانثي الهيدرات ..... 6 ميكروغرام

السواعات ..... ما يكفي جرعة واحدة.

سواug ذو تأثير معروف: الإيتانول. انظر النشرة لمزيد من المعلومات.

Foster 100/6µg, solution pour  
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

Ne pas dépasser la dose prescrite

احترم الجرعات المعينة  
Uniquement sur ordonnance  
Tableau A (Liste I)

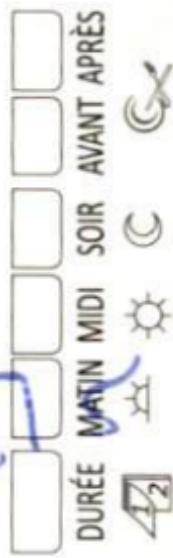


0,5 mg

28 Comprimés sécables  
Voie orale



Alprazolam



LOT 231384 1  
EXP 04 2026  
PPV 35.70



# Rinoclenil 100 $\mu$ g

رينوكلينيل 100 معن

Béclométhasone dipropionate  
بيكلوميثنازون ديبروبيونات

Agiter bien le flacon avant  
L'utilisation

Attention : avant l'emploi il faut lire  
attentivement la notice ci-jointe

Tenir hors de la portée et de la vue  
des enfants

La date de péremption  
correspond à une conservation  
correcte du produit dans son  
conditionnement d'origine.

À conserver à une température  
ne dépassant pas 25 °C

تحريك القارورة جيدا قبل الاستعمال  
تحذير : انظر النشرة الداخلية قبل  
الاستعمال

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال  
تاريخ انتهاء الصلاحية يتوافق مع  
الحافظ الصحيح على المنتج في عبوته  
الأصلية.

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 ° مئوية

Rinoclenil 100 $\mu$ g

رينوكلينيل 100 معن

Ne pas dépasser les doses prescrites

لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)  
جدول 1 (اللائحة 1)

**Rinoclenil 100 $\mu$ g**  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Distribué par PROMOPHARM S.A.  
Z.I. du Sahel - Had Soualem

P.P.V. 135DH00

A1056W  
010801314901

5 mg

شوك

# Xycet®

Lévocétirizine dihydrochloride

Voie orale



30

Comprimés  
enrobés

75,50