

# 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 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

W21-836986

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13469 Société : Royal AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DICH IBRAHIM

Date de naissance : 1995-01-20

Adresse : 36 Rue Saint Seans ETG4 Belvedere Casablanca

Tél. : 0602324071 Total des frais engagés : 332,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MERYEM SERGHI  
Médecine Générale  
Diplôme de Psychologie Clinique  
132, Bd. Ibn Tachfine Casablanca  
Tél : 0522 62 03 89

Date de consultation : 17/11/2024

Nom et prénom du malade : Dich Ibrahim Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 80 supposé

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 : Casablanca Le : 18/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : Dich

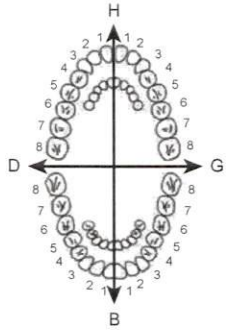
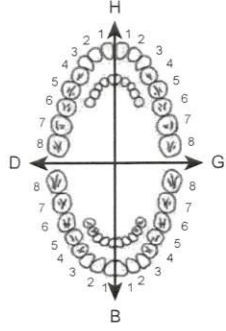
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
15/01/2024		C	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OLYMPIA 55 Rue Sijilmassa Bordj Bouja Tél: 05 22 24 63 75 Tél/Fax: 05 22 24 24 25	15/01/24	132,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411  B </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	Montant des Honoraires				COEFFICIENT DES TRAVAUX
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Meryem SERGHINI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Psychothérapeute

Diplôme Universitaire de PSYCHOLOGIE Clinique

Thérapies Cognitivo-comportementales

الدكتورة مريم السرغيني  
الطب العام  
معالجة نفسية

دبلوم جامعي في علم النفس السريري  
العلاج السلوكي المعرفي

Casablanca, le

15/11/2024

Dr Dich Ikhssan

15.30

utoc 1000

1 cp 2 fois

79.70

Azia

1 cp 1,

14.00

Doliprane 1000

1 - 1 - 2

23.00

Alor 2 (Pn)

1 cplc 2x

132.00

PHARMACIE OLYMPIA  
35 Rue Sijilmassa  
Sévière - Casablanca  
Tél : 05.22.24.63.75

MERYEM SERGHINI  
Médecine Générale  
Diplôme de Psychologie Clinique  
132, Bd Ibn Tachfine - Casablanca  
Tél : 0522 62 03 89

LOT : 231312  
EXP : 09/2026  
PPV : 23,00DH

COOPER  
Pharmaceuticals

علبة 7x  
7x

151800000019377  
7 comprimés pelliculés sécables  
ALER-Z 10mg

ALER-Z 10mg

7 comprimés pelliculés sécables

استيرزين  
-Z-  
تان

عبر الغم  
10 ملغ

Liste II Tableau C / List II Tableau C)

تحت 2 درهمين

25X40X96

Respecter les doses prescrites  
Respect the prescribed doses  
الالتزام بالجرعة الموصوفة  
Under prescription only  
تحت وصفة طبية

Source product  
Ne pas conduire sans  
avoir le visuel  
Read the patient  
leaflet before driving  
Do not drive before  
reading the patient leaflet  
N°AMM : 135 / 12 DMP / Z1 / NCI

CONDITIONS D'EMPLOI / CONDITIONS OF USE /

Ne laisser ni à la portée ni  
à la vue des enfants

Keep out of reach and sight of children

لا يترك في متناول وبصر الأطفال

A conserver à une température  
en dessous de 30°C

Store below 30°C

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية

N°AMM : 135 / 12 DMP / Z1 / NCI

ALER-Z  
cétirizine

10 mg  
Voie orale  
Oral route

Comprimés pelliculés sécables /  
Scored film-coated tablets

7x

COOPER  
Pharmaceuticals

ALER-Z  
cétirizine

10 mg  
Voie orale  
Oral route

Comprimés pelliculés sécables /  
Scored film-coated tablets

7x

Composition :

Principe actif : Cétirizine / Phenyldiméthylamine  
Excipients à effet notoire / Excipients with known  
effects: lactose

تركيبية

مادة فعالة: ستيرزين /  
بنيلديميثيلامين

Voir la notice pour plus d'information / See leaflet for  
further information

اقرأ برواية الدواء للحصول على المعلومات

COOPER  
Pharmaceuticals

41, Rue Mohamed Djouir  
20110 Casablanca - Maroc / Morocco  
Head pharmaceutical person responsible :  
Dr. Mohamed Djouir  
20110 Casablanca - Maroc / Morocco

المسؤول الصيدلاني للشركة: الدكتور  
محمد الجوير

756 810 05 22

## Composition :

Acide ascorbique ..... 1000 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent.  
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.  
Boîte de 10 comprimés effervescent.

AMM N° : 570/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH  
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيداً عن الحرارة والرطوبة.  
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

VITAMINE C 1g

Boîte de 10 comprimés effervescent

PPV : 14,80 DH



التعب - النفاقة

فيتامين س 1000 ملغ

جالينيكا

نكهة البرتقال

عن طريق الفم

أقراص  
فقارية

10

Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans  
خاص للكبار و الأطفال الأكبر من 15 سنة

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المقادير وكيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure



مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10

COMPRIMÉS  
EFFERVESCENTS

Vole orale

ARÔME ORANGE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

10 Comprimés effervescent

Lot N°/Date Per. :

# Doliprane®

## Paracétamol

### 1000 mg

10 comprimés sécables

## DOULEURS & FIEVRE

Adulte

#### VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un grand verre d'eau.

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice.

Tenir hors de portée et de vue des enfants.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

طريقة الاستخدام :

عن طريق الفم.

أخذ الأقراص مع كوب كبير من الماء.

إبقاء الأقراص بعيداً عن متناول الأطفال.

خطأ : لا تأخذ أكثر من 4 أقراص في اليوم.

bottU<sub>FR</sub>

80, Adu des Caennaises - 400 Tablas - Caennaises

S. Bachour - Pharmacie Responsable

AMM N° 834/16 DMP/21/NRO

18X45X97

45x18x97

# دوليبيران

باراسيتامول

## Doliprane® 1000 mg

### Paracétamol

10 Comprimés sécables

### 1000 ملغ

10 أقراص قابلة للكسر

## الأوجاع و الحمى

للجبار

#### COMPOSITION :

Paracétamol ..... 1000 mg

Excipients : qsp un comprimé

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre, maux de

tête, des grippes, douleurs dentaires, courbatures,

réglées douloureuses, la douleur de l'arthrose.

Reservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 kg (soit

environ à partir de 15 ans).

#### التركيب :

باراسيتامول

1000 ملغ

مكونات : qsp قرص

مؤشرات : آلام و/أو حمى،

التهاب السحايا، آلام

العضلات، آلام

التهاب المفاصل، آلام

التهاب المفاصل، آلام



PPV: 14DH00  
PER: 10/26  
LOT: M3403





# COMPOSITION :

Azithromycine ..... 500 mg

Excipients ..... q.s.p 1 comprimé

عن طريق الفم

500 ملغ

أزيتروميسين

# أزيتروميسين®

## POSOLOGIE ET MODE

### D'ADMINISTRATION :

Adulte : lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

# AZIX®

Azithromycine

500 mg

Voie orale

PPV: 79DH70  
PER: 10/26  
LOT: M3545



AMM N° 45 DMP/21/NRQ

بوتي ني  
مركز الكاينويدياس - طريق السبع - الدار البيضاء  
س. البوشي - صيدلي سوزول

b

3

اقراص  
فائلة لكسر

6 118000 040941



**Azix®** 500 mg ○  
Azithromycine  
3 Comprimés sécables

05.11  
100008



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

# Azix®

500 mg  
Azithromycine

3 Comprimés  
sécables

battu s.a.

82, Allée des Camarinas - Ain Seïda - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b