

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 sois 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.

M24- 0007992

202716

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABALACH AOUAICH.

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 :

Lien de parenté : Soi-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) :

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M24- 007992

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).



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Soi-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 M24- 007992

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).

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

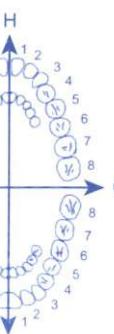
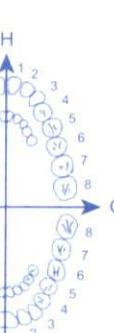
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	Coefficient des travaux	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins													
			Date du devis													
			Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ABDELAZIZ BENHMID
Médecine Générale
Echographie

DU De Diabétologie à L'Université Paris 13
Ancien Médecin chef au ministère de la santé
Ancien Médecin du groupe OCP



الدكتور عبد العزيز بنحميد
الطب العام
الفحص بالصدى
أمراض السكري خريج جامعة باريس 13
طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة
طبيب سابق بالمجمع الشريف للفوسفاط

Sidi ifni , Le : 02 AVR 2024 سيدى افني ، في :

Mr, Mme, Melle :

Aancha Abalagh

1) 1. Natrium 1,716
 $\frac{1}{2} \times 4 = 233$ mg
2) Tensiom 100
3) Xémid 10 mg
1 x 2 mg 10 mg
4) febrex sahet 1 x 3 mg

5)



Dr. Andelaziz BENHMID
Médecine Générale
Amicale AL FATH
en face du camping municipale
Sidi Ifni - Tél: 05.28.87.59.96

RDV Le:

05.28.87.59.96 ودادية الفحص أماكن التخييم البلدي - سيدى افني - الهاتف :
Amicale AL FATH en face du camping municipale - Sidi ifni - Tél : 05.28.87.59.96

Maphar
Boulevard ALKIMIA N°6 Qi-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

تنورمين ١٠٠

١٠٠ ملجم

أتنولول

٢٨ قرصاً مختلفاً قبل الكسر

عبر الفم

TENORMINE® 100mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقدار الموصوف

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بوجب وصفة طبية - لائحة I

PER : 04 2026

LOT : 23E002

6

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



118000 011590



١٠٠ ملخ

تنورمين®
أتنولول

عبر الفم

٢٨ قرصاً مختلفاً قبل الكسر

TENORMINE® 100mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم المقدار الموصوف

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بوجب وصفة طبية - لاحقة

PER : 04/2026
LOT : 23E002

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



118000 011590

Maphar

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

Maphar
Boulevard ALKIMIA N°6 Qi-Sidi Bernoussi,
Casablanca.

تنورمين

100 ملخ

أتنولول

● 28 قرصاً مختلفاً قبل الكسر

عبر الفم

TENORMINE® 100 mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقدار الموصوف

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بوجب وصفة طبية - لائحة I

PER : 04 2026
01 : 23E002

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



118000 011590



١٠٠ ملخ

تنورمين®
أتنولول

عبر الفم

٢٨ قرصاً مختلفاً قبل الكسر

TENORMINE® 100mg

ATENOLOL

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم المقدار الموصوف

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بوجب وصفة طبية - لاحقة

PER : 04/2026
LOT : 23E002

TENORMINE 100MG
CP PEL SEC B28

P.P.V : 58DH70



118000 011590

Maphar

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

NATRIXAM® 1,5 mg

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amilodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ

إنديپاميد / أميلوديبين

حبات ذات تحrir معدل

احترموا احترموا الجرعة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

14011124



مختبرات سرفيري - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

Fabricant / التصنيع

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

NATRIXAM® 1,5 mg

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amlodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ

إنديپاميد / أملوديبين

حبات ذات تحrir معدل

احترموا احترموا الجرعة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

14011124



مختبرات سرفيري - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

Fabricant / التصنيع

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4
Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

NATRIXAM® 1,5 mg

comprimé à libération modifiée Indapamide / Amilodipine

ناتريكسام 1,5 ملغ / 5 ملغ

إنديپاميد / أميلوديبين

حبات ذات تحrir معدل

احترموا احترموا الجرعة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

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

6 118001 130184

NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79.90 DH

14011124



مختبرات سرفيري - فرنسا

Les Laboratoires Servier - France

Fabricant / التصنيع

Les Laboratoires Servier

Industrie - 905, route de Saran

45520 Gidy - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, lot FATH 4

Rte d'Azemmour,

20180 Casablanca

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed



Voie Orale

FEBREX® Adulte



6 118000 310624

PHARMED | LOT : 6699
UT.AV : 08-26
PPV : 21DH00



50 ملغ

xénid 50mg

30 comprimés enrobés



6 118000 140511

کزینید

دکلوفناک

LOT: 4513

PER: 06/25

PPR: 46,60 DH

30 قرصا ملسا



مختبرات بیو کالینیک

دولی گریب

باراصيطامول - فيتامين س - مليات الفينيرامين

ملغ 25/200/500



نزلات البرد

زنگنه

إلتهاب الأنف

التراب الأنف والحنجرة

حفظ بعدها عن متناول و مرأى الأطفال

DoliGrippe®

Paracetamol + Vitamine C - Mélange de Fluimucil®

8 Sachets Granulés



لکیاں

Veuillez lire attentivement cette notice. Si vous avez toute question, consultez votre pharmacien. Ce médicament va provoquer des symptômes identiques à ceux de la grippe. Si l'un des effets indésirables décrits dans la notice, parlez-en à votre pharmacien.

- Composition du médicament
- Composition qualitative
- Paracétamol
- Acide Ascorbique (Vitamine C)
- Maléate de Phéniraphe
- Composition qualitative
- Mannitol, acide citrique
- Composition de l'arc E414, Acide Ascorbique
- Excipients à effet thérapeutique
- Aspartame, Rouge C
- Classe pharmaco-thérapeutique
- DoliGrippe[®] granulé
- MEDICAMENTS DU GROUPE DoliGrippe[®]**
- granulé
- Une action antihistique
- aux phénomènes spasmodiques
- Une action antalgique

- Une compensation

Indications thérapeutiques

Ce médicament est destiné à l'adulte et l'enfant

- De l'écoulement nasal

- Des éternuements
- Des maux de tête

Posologie

Réserve à l'adulte et aux enfants de 12 ans et plus : 1 sachet à renouveler 3 fois par jour.

Mode d'administration

Boire avec de l'eau ou du lait.

• **Durée du traitement**
La durée maximale
• **Fréquence d'admission**
En cas d'insuffisance
moins de 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais

- Enfant de moins
- En cas d'antécé
- En cas de certai
- En cas de diffici
- En cas de mala
- En cas de phénom

**En cas de perte
Vous ne devez gé-
l'allaitement.**

EN CAS DE DOUTE

• جييات
لشرب

6118000041566

PBPV:20DHO0
PER:03/26
LOT:M927