

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 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 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.

MUPRAS : Centre Alital Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alital 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

N° W19-527842

REC 31 803

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10611

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAKHLOUF

ASMAA

Date de naissance : 14.06.76

Adresse : 42 Rue attabarie Moudj

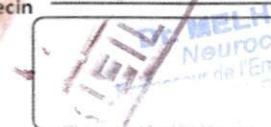
Tél. : 0660 993 229

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MAKHLOUF ASMAA Age: 44

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

29 JUIN 2021

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 : 29/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Clara

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-527842

29 JUIN 2021

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

10611 MAKHLOUF

Nom de l'adhérent(e) :

1619

Total des frais engagés :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11.07.2014 | | | | INP :  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  Dr. MELHAOUI Adyl Neurochirurgien Professeur de l'Enseignement Supérieur CHU, Rabat - Sale Tél : 06 61 26 77 08 / 06 89 19 55 93 INPE : 06 61 26 77 08 | 18/03/2022 | 666,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Casablanca | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------|------------------------|
| | | | | 953,20 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|------------------------------|--|------------------|-------------|---|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | $ \begin{array}{r} \begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 35533411 \end{array} \begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array} \end{array} \quad \begin{array}{l} H \\ \text{---} \\ D \end{array} \quad \begin{array}{l} G \\ \text{---} \\ B \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique. nécessaire à la profession</p> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Unité de Radiochirurgie
Gamma knife perfexion
- Unité de Neuroradiologie
Interventionnelle
- Unité d'Hospitalisation
(Neurochirurgie, Neurologie
Ophtalmologie, ORL)
- Unité de Médecine physique
et de Réhabilitation
- Unité d'imagerie
-IRM
-Scanner
-Angiographie
- Unité des Blocs Opératoires
- Unité de Réanimation et
Soins Intensifs
- Laboratoire de Biologie
- Laboratoire de
Neuropathologie
- Unité d'Explorations
- Fonctionnelles
oto-neuro-ophtalmologiques

- Consultations
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Médecine Physique
 - Ophtalmologie
 - ORL
 - Anesthésie
 - Médecine Interne
 - Endocrinologie
 - Neuroradiologie
 - Neurophysiologie

Rabat, le 12/03/20

MAKHLOUFI ASMAE.

ASMAE

99,00 ① Dedes 20 mg gelée
H 011714 od gelée 1/4 (03)

66,00 ② Keppra 500 mg 4
19/12/16 (03)

56140 ③ Dr. M.E. HAOUI Adyl
Salo-pred 20 mg CP
03 CP/1j lemetin (03)

22,50 ④ Dr. M.E. HAOUI Adyl
Leuproreline 184
19/12/16 (03)

35170131/2 CP/1j 6 si douleur
00226324 (03 vois)
95310
HOU Adyl
Neurochirurgien Supérieur
77 59 15 / 19 (03) 55 93

DR. MOUSSA AMAR
Professeur de Recherche
Anesthésie et Réanimation
CHU de Rabat
INPE 101169316

المركز الوطني للترويض و العلوم العصبية مستشفى الاختصاصي للترويض و العلاج بالطب الحديث
الهاتف : 12 / 212-537 77 59 66 / 12 -Fax : 212-537 77 59 15 / 19 - Email : fh2nch@menara.ma - Site Web : http://www.neurochirurgie.ma

Solupred® 20mg

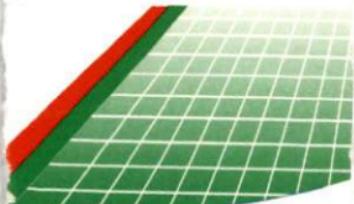
Prednisolone

Voie orale



mg

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis



58,40

Solupred® 20mg

Classe pharmaco-thérapeutique

GLUCOCORTICOIDES - USAGE SYSTEMIQUE
(H : Hormones systémiques non sexuelles)

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est un corticoïde.

Il est indiqué dans certaines maladies, où il est utilisé pour son effet anti-inflammatoire.

ATTENTION !

Dans quels cas ne pas utiliser ce médicament

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- la plupart des infections,
- certaines maladies virales en évolution (hépatites virales, herpès, varicelle, zona),
- certains troubles mentaux non traités,
- vaccination par des vaccins vivants,
- allergie à l'un des constituants.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Mises en garde spéciales

Ce médicament doit être pris sous stricte surveillance médicale.

AVANT LE TRAITEMENT :

Prévenir votre médecin en cas de vaccination récente, en cas d'ulcère digestif, de maladies du côlon, d'intervention chirurgicale récente au niveau de l'intestin, de diabète, d'hypertension artérielle, d'infection (notamment antécédents

Prednisolone
Comprimé effervescent

sanofi aventis

de tuberculose), d'insuffisance hépatique, d'insuffisance rénale, d'ostéoporose et de myasthénie grave (maladie des muscles avec fatigue musculaire).

Prévenir votre médecin en cas de séjour dans les régions tropicale, subtropicale ou le sud de l'Europe, en raison du risque de maladie parasitaire.

La prise de ce médicament en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué est à éviter (voir rubrique "interactions médicamenteuses et autres interactions").

PENDANT ET APRES LE TRAITEMENT :

Eviter le contact avec les sujets atteints de varicelle ou de rougeole.

En cas de traitement prolongé, ne jamais arrêter brutalement le traitement mais suivre les recommandations de votre médecin pour la diminution des doses.

Sous traitement et au cours de l'année suivant l'arrêt du traitement, prévenir le médecin de la prise de corticoïde, en cas d'intervention chirurgicale ou de situation de stress (fièvre, maladie).

Les corticoïdes oraux ou injectables peuvent favoriser l'apparition de tendinopathie, voire de rupture tendineuse (exceptionnelle).

Prévenir votre médecin en cas d'apparition de douleur tendineuse.

Précautions d'emploi

Pendant le traitement, votre médecin pourra vous conseiller de suivre un régime, en particulier pauvre en sel. Tenir compte de l'apport en sodium (environ 51 mg par comprimé).

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Interactions médicamenteuses et autres interactions

Ce médicament DOIT ETRE EVITE en association avec le sultopride (un médicament agissant sur le système nerveux central) ou avec un vaccin vivant atténué (cf "Mises en garde spéciales").

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

Grossesse - Allaitement

Grossesse :

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse qu'en cas de nécessité.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin

190819 LOT
02/2022 EXP
99.00DH APP

ER L'AVIS DE VOTRE
ant anti-infectieux.
ent.
en gélule:

gésophagien.

gire est indispensable.
65 ans, antécédents

autres non stéroïdiens

gien.

fectés par Helicobacter
ton à une gésophagie.

gésophagien.

obactérylique en cas de

à pompe à protons. Il
te substance appelée

é 7, 14, 28 et 56

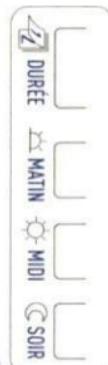
ce jamais à quelqu'un
re nocif.
z un effet indésirable

ez plus d'informations
ce médicament.

à ce médicament.

ez jamais à quelqu'un
re nocif.
z un effet indésirable

ce médicament.



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x



20 mg
Voie orale

COOPER
PHARMA

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alpraz[®]

Alprazolam



| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | MATIN | MIDI | SOIR |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AVANT | APRÈS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42

LOT 200597 1
EXP 03 2023
PPV 35.70

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alpraz[®]

Alprazolam



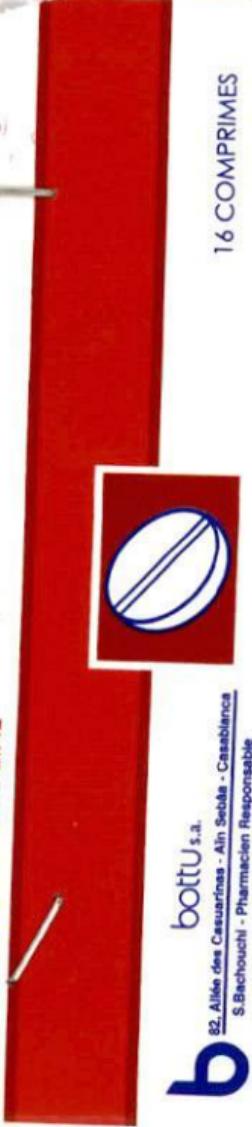
| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DURÉE | MATIN | MIDI | SOIR |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AVANT | APRÈS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

42

LOT 200597 1
EXP 03 2023
PPV 35.70

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



FPV 22DH20
PER 10/21
LOT 12429



16 COMPRIMES
SECABLES

ane®

comprimé sécable

400,00 mg
20,00 mg
15,62 mg
de terre, povidone, pour un comprimé.

ème nerf central)

à intense, qui ne sont pas soulagées par

MENT

cas suivants :

AS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre
morphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

des bronches ou des poumons s'accompagnant
ffrance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis
cament de façon prolongée en raison du risque de

it est déconseillée.
MANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

AUTRES INTERACTIONS

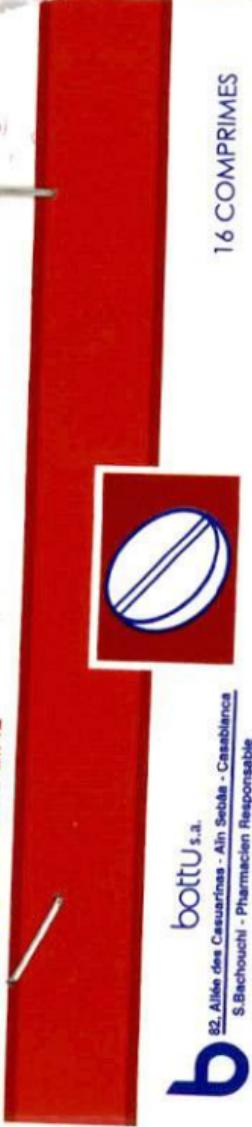
CTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS.
shine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER
EMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A

de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
er les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



PPV 220H20
PER 10/21
LOT 12429



16 COMPRIMES
SECABLES

ane®

comprimé sécable

400,00 mg
20,00 mg
15,62 mg
de terre, povidone, pour un comprimé.

ème nerf central)

à intense, qui ne sont pas soulagées par

MENT

cas suivants :

AS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre
rénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

des bronches ou des poumons s'accompagnant
ffrance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis
cament de façon prolongée en raison du risque de

it est déconseillée.
MANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

AUTRES INTERACTIONS

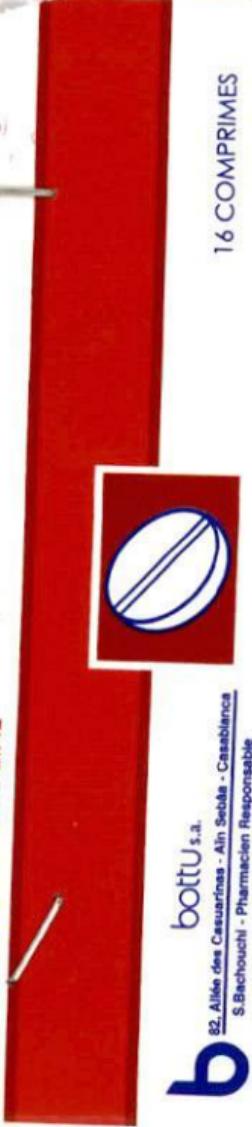
CTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS.
shine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER
EMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A

de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
er les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



PPV 220H20
PER 10/21
LOT 12429



16 COMPRIMES
SECABLES

ane®

comprimé sécable

400,00 mg
20,00 mg
15,62 mg
de terre, povidone, pour un comprimé.

ème nerf central)

à intense, qui ne sont pas soulagées par

MENT

cas suivants :

AS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre
rénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

des bronches ou des poumons s'accompagnant
ffrance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis
cament de façon prolongée en raison du risque de

it est déconseillée.
MANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

AUTRES INTERACTIONS

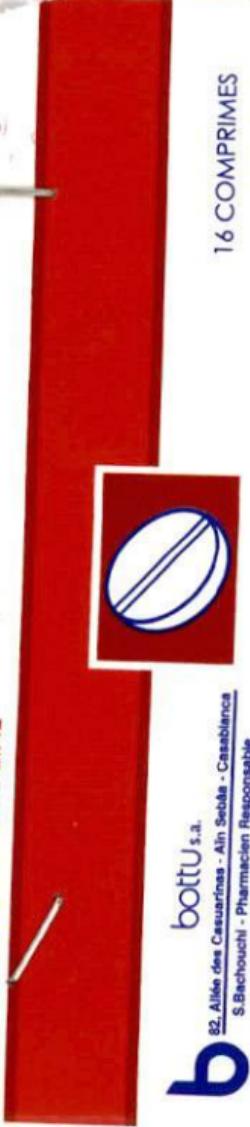
CTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS.
shine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER
EMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A

de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
er les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



FPV 220H20
PER 10/21
LOT 12429



16 COMPRIMES
SECABLES

ane®

comprimé sécable

400,00 mg
20,00 mg
15,62 mg
de terre, povidone, pour un comprimé.

ème nerf central)

à intense, qui ne sont pas soulagées par

MENT

cas suivants :

AS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre
morphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

des bronches ou des poumons s'accompagnant
ffrance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis
cament de façon prolongée en raison du risque de

it est déconseillée.
MANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

AUTRES INTERACTIONS

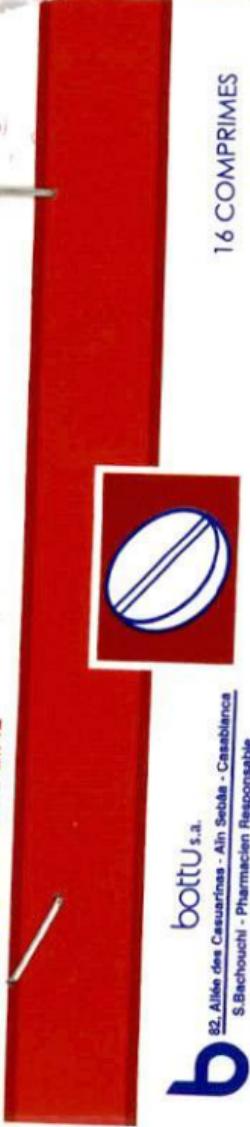
CTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS.
shine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER
EMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A

de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
er les doses maximales conseillées (cf. posologie).



Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



FPV 22DH20
PER 10/21
LOT 12429



16 COMPRIMES
SECABLES

ane®

comprimé sécable

400,00 mg
20,00 mg
15,62 mg
de terre, povidone, pour un comprimé.

ième nerveux central)

à intense, qui ne sont pas soulagées par

MENT

cas suivants :

AS ETRE UTILISE, sauf avis contraire de votre
rénorphine, de la nalbuphine ou de la pentazocine.
DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN

des bronches ou des poumons s'accompagnant
ffisance rénale ainsi que chez les sujets âgés, un avis
cament de façon prolongée en raison du risque de

it est déconseillée.
MANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE

AUTRES INTERACTIONS

CTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS.
shine ou la pentazocine, IL FAUT SIGNALER
EMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A

de la codéine. D'autres médicaments en contiennent.
er les doses maximales conseillées (cf. posologie).



gsk

Keppra® 500 mg

comprimés pelliculés

Lévétiracétam



60 comprimés pelliculés

ID : 639014

6 118001 142606

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV : 666,00 DH

gsk

Keppra® 500 mg

comprimés pelliculés

Lévétiracétam



60 comprimés pelliculés

ID : 639014

6

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat

PPV : 666,00 DH



118001 142606