

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 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 tous les 6 mois.

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

N° P19-0048195

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2047 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : WAKIM KHADIFA
 Date de naissance : 08/04/1955
 Adresse : Beauséjour, Rue AL Othmane, LES AL KAOJAR II
 APPT n° 13
 Tél. : 0662 546863 Total des frais engagés : 174,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/05/23
 Nom et prénom du malade : Wakim Khadifa Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 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 : 08/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
04/05/23		C2 + 5000M		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/05/23	274,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

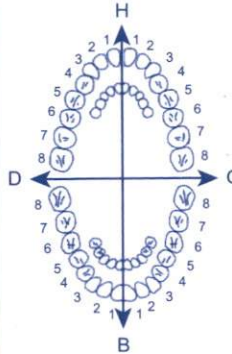
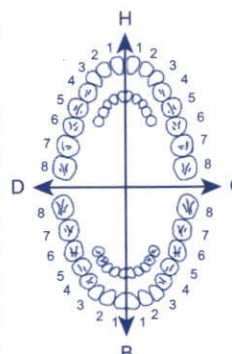
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 04/05/2023

Casablanca, le

Madame

KHADIJA

WAKIM

Dr Abdelkrim LAMRANI

Dr Reda MOUFAK

Dr Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr M Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue

40,00

HISTANORM

1 cp le soir pdt 15 j

135,00

RINOCLENIL

2 pulverisations nasales 2 fois par j pdt 1 mois

40,00

EFFIPRED20 mg

2 comprimés le matin pendant 6 jours

27,80

POLYDEXA AURICULAIRE

10 gouttes ds l'oreille le soir pendant 6 jours

37,60

DIPROSALIC CREME

1 APP PAR JOUR PENDANT 15 JOURS PUIS 1 JOUR SUR
2 PENDANT 7 JOURS PUIS 1 JOUR SUR 3 PENDANT 7
JOURS ET ARRET

274,40



Angle

Boulevard Brahim Roudani
&
7. Rue Jean Jaures
20 060 Casablanca

Tel 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealarabi@gmail.com

IF 144/8582

ICE 00183/199000069

Dr. R. Moufak
C.O.R.L.
Centre O.R.L.
Angle Rue
Tél: 05 22 47 30 30

PHARMACIE
51, Bis Rue Bandjara
Casablanca
0522 39 34 31 - 0522 94 99 31
Dr. Ahmed HAFRY
0522 94 99 31

1550

ORL
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص

POLYDEXA®



21,80



NE PAS AVALLER



SUBOCHARA-RECORDATI

1

POLYDEXA
SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

محلول
قطرات للأذن

بوليدىكسا

~~لا يبيع~~

POLYDEXA®
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES

PROMOPHARM S.



6 118000 241270

دواء الإستعمال - موانع الإستعمال

أحياتيات الإستعمال:

أنظر النشرة داخل العلبة

AMM N° 17 DMP/21

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS

PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice



مستحضرات الصيدلانية الإفريقية

21. زينة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

HISTANORM®

15 comprimés 10 mg



6 118000 032441

هستانورم 10 ملغم لوراتادين

15 قرص



HISTANORM® 10 mg 15 comprimés

PPV 400H00 EXP 11/2023
LOT 10030 1



دواء الإستعمال - موانع الإستعمال
أحياتيات الإستعمال:
أنظر النشرة داخل العلبة
AMM N° 17 DMP/21
INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
PRECAUTIONS D'EMPLOI : Voir notice
مستحضرات الصيدلانية الإفريقية
21. زينة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

PUSH

Lot No.: 1142665
Date, Fab: 11/2021
Date, Exp: 11/2024

11

LABORATOIRES
D'AFRIQUES PHARMACEUTIQUES
21, rue des GUDAYA
CASABLANCA - MAROC

EFFIPRED®
Comprimés 20 mg
20 effervescent
6 118000 031369

IMPRIEMEPEL
04/17

03

Rinoclenil

100 ملغ

Béclométhasone
ن ديبروبونات

Agiter bien le flacon
L'utilisation

Attention : avant l'usage
attentivement la notice
Tenir hors de la portée
des enfants

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

Pas de précaution
de conservation.

يبدأ قبل الاستعمال
شدة الداخلية قبل

تناول و مرأى الأطفال
بلاحية يتوافق مع
على المنتج في عبوته

خاصة للحفاظ

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 10/2025
LOT 20018 7

قارورة من 200

مستعمل بخاخ للأنف

Rinoclenil 100µg
رينوكلينيل 100 ملغ

Rinoclenil 100µg
Suspension pour pulvérisation nasale
Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem
P.P.V. 135DH00

Ne pas dépasser les doses prescrites

لا تتجاوز الجرعات المحددة
Tableau A (Liste 1)
جدول أ (اللائحة 1)

PUSH

62



chiesi



chiesi

Béclométhasone dipropionate
رينوكلينيل 100 ملغ
Fabrique par: Chiesi Farmaceutici S.p.A.
Via San Leonardo 96, 43100 Parma-Italie.
Distribué par: PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel, Had Soualem-Moroc



Mises en gardes spéciales : Lire la notice avant utilisation.

Ne pas appliquer sur les muqueuses ou dans les yeux.

Eviter les applications sur de grandes surfaces,
sous un pansement occlusif, surtout chez les enfants.

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
NE PAS AVALER
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE I

ديبروزاليك® مرهم
بيتاميتازون، حامض ساليسيليك
للدهن

LOT : 793
PER : DEC 2025
PPV : 37 DH 60



Diprosalic®
pommade



6 118000 050186

Diprosalic®
pommade

30 غ

30 g

L: 88

30 غ

ديبروزاليك®
مرهم



AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة الفارابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le ... 06/05/23

Reçu la somme de

..... 500 / cma cent durham

De Mr, Melle, Mme

..... Kheirja Hakim

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour

Bouchon de cérumen

