

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal B Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 -

Matricule : 1792 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL BAROUDI ANISSA

Date de naissance : 1956

Adresse : DIYAR EL HOUSSA N° 2 R^e AZZOUR CASABLANCA

Tél. : 06 03 16 29 29 Total des frais engagés : Dhs

Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. M. Idries 1er - Résidence My Idriss
2ème Etage - N° 4 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 Fax: 0522 86 20 76
001625137000091

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/03/2013

Nom et prénom du malade : EL Baroudi Amissa Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Récidive Atteinte

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 : 20/04/2013

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Rattachement des Actes
20/04/2013	GS		gratuit	Dr. Lind El FILIALE Cardiologue ologue Interventionnel rue N° 4 CASABLANCA Téléphone : 0522 86 20 78 Fax: 0522 86 20 78 5537000093

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CLAUDE MONNET BERRADA Néchdi Natala N° 73 Mohammedia 05 23 32 55 20	29/03/2023	1680,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

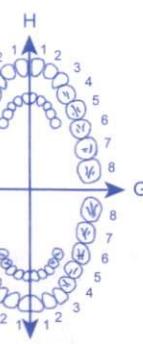
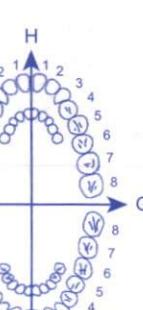
AUXILIAIRES MEDICAUX

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort: Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بيوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

29 mars 2023

EL BAROUDI ANISSA

153,60x4

614 COVEPRAN 300 /25mg 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE MATIN

75,9 AMEP 10mg, Comprimé 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE MATIN

300 PHARMACIE CLAUDE MONET 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE SOIR

56,50 FLACON 1 comprimé pelliculé 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE SOIR

X9 Wata N 15 23 23 55 2 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE MIDI

50,94 FLACON 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE MIDI

STILNOX 10 MG 2 comprimés par jour, pendant 3 Mois_ LE SOIR AU COUCHER

ADDITIVA MULTIVITAMINES 1 comprimé par jour, pendant 3 Mois_ LE MATIN

99,00 RHUMIX 1 sachet x 3/ jour , pendant 6 JOURS_ 3 BOITES

X3,66 FLACON 1 cuillère à soupe matin et 1 midi et 1 soir , pendant 1 Mois

22,66 POLERY SIROP ADULTES 1 cuillère à soupe matin et 1 midi et 1 soir , pendant 1 Mois

X3,66 FLACON 3 BOITES

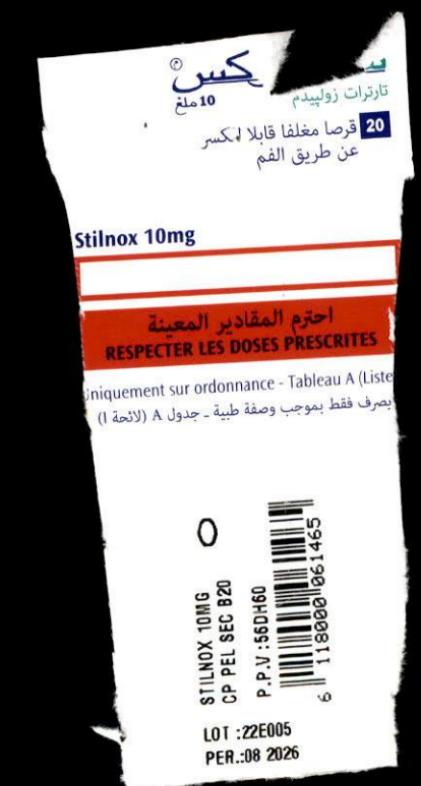
151,60 DOLIPRANE 1 g Comprimé effervescent sécable 1 comprimé x 3/j_ 3 BOITES

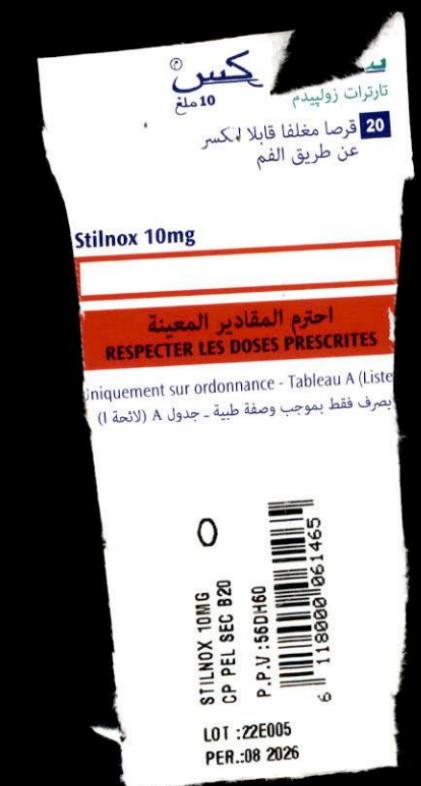
X3,66 VITAMINE C 1000 1cp par jour 2 BOITES

30,60 FUCIDINE 15G POMMADE 1 application soir pendant 10 jours, pendant 10_ 1 TUBE

39,70 T - 1680,00

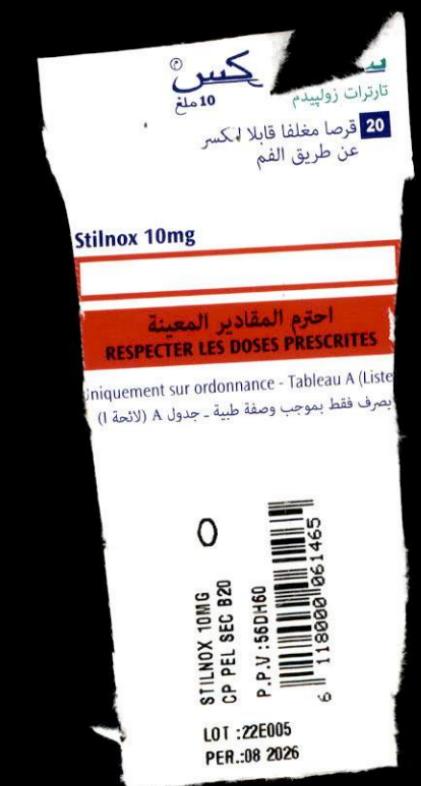
PHARMACIE CLAUDE MONET
107 Wata N 15 23 23 55 20
Tel: 05 23 23 55 20
Dr. Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue Interventionnelle
120, Bd. My Idriss 1er- Résidence My Idriss
2ème Flage 104 CASABLANCA
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 73
ICE : 001625537000091

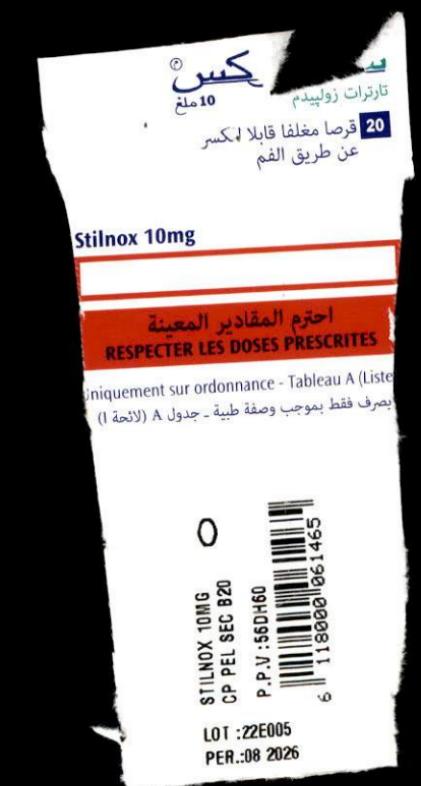


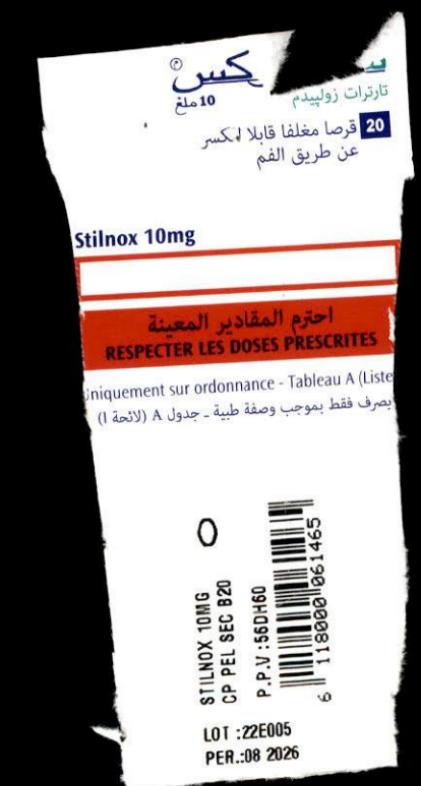


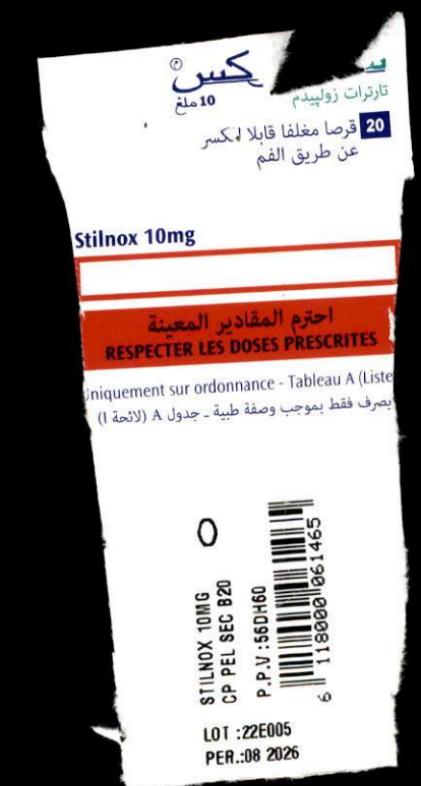


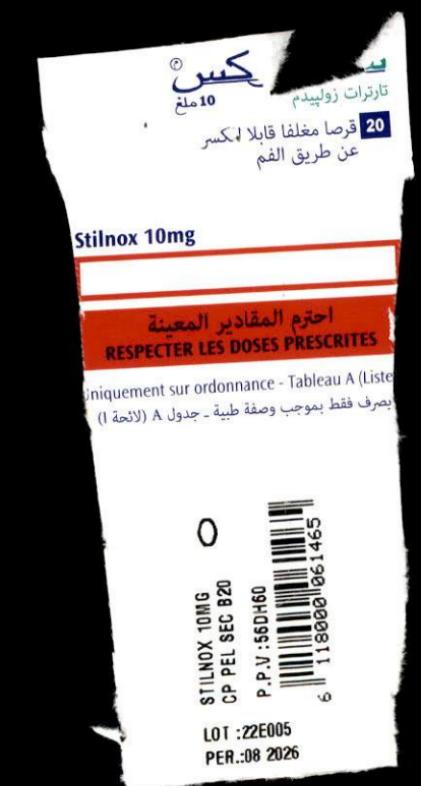












COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

28 x 0
فرصا

10 ملی
عن طریق الدم

امور دیگرین



AMEP® 10mg
28 comprimés



COOPERA
PHAR

مساء
زوال
مساج
مدة

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

28 x 0
فرصا

10 ملی
عن طریق الدم

امور دیگرین



AMEP® 10mg

28 comprimés



COOPER
PHAR

مساء
زوال
مساج
مدة

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

28 x 0
فرصا

10 ملی
عن طریق الام

امور دیگران



AMEP® 10mg
28 comprimés



COOPERA
PHAR

مساء
زوال
مساج
مدة

COOPER PHARMA
LOT : 211191
PER : 06 - 2024
PPV : 75,20 DH

28 x 0
فرصا

10 ملی
عن طریق الدم

امور دیگرین



AMEP® 10mg

28 comprimés



COOPER
PHAR

مساء
زوال
مساج
مدة

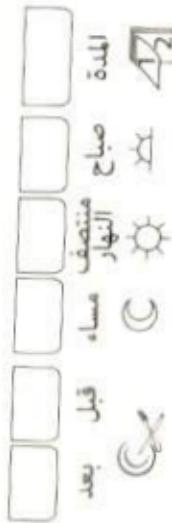
کو-فیپران®

ایبریزازرatan / هیدروکلوروتیازید

25 ملخ / 300 ملخ

28 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

153,60



Co-Vepran® 300 mg/25 mg
28 Comprimés pelliculés
Sothema



6 118000 022855

سو-طیما
sothema

卷之三

ایرانیان / هیدرولکور و تیازید

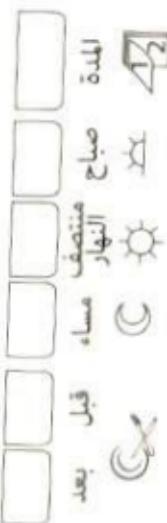
٢٥٠٠ ملنج / ملنج ٣٠٠

٢٨ مخالفًا قرضاً

Co-Vepran® 300 mg/25 mg
28 Comprimés pelliculés Sothém



6 118000 022855



مطابع
سوشيال
Ottheima

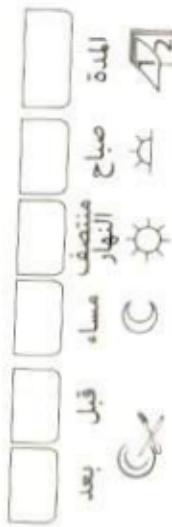
کو-فیپران®

ایبریزازاران / هیدروکلوروتیازید

25 ملخ / 300 ملخ

28 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

153,60



Co-Vepran® 300 mg/25 mg
28 Comprimés pelliculés
Sothema



6 118000 022855

سو-ٹیما
sothema

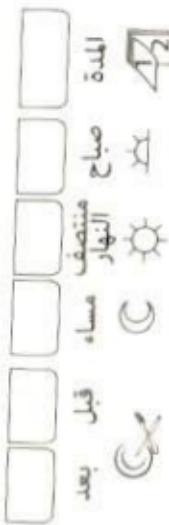
کو-فیپران®

ایبریزازرatan / هیدروکلوروتیازید

25 ملخ / 300 ملخ

28 قرصا مغلفا
عن طريق الفم

153,60



Co-Vepran® 300 mg/25 mg
28 Comprimés pelliculés
Sothema



6 118000 022855

سو-ٹیما
sothema

الأوجاع والحمى

بولي كل 82
معر الكازباريتان - مون الصمع - المار الموسى
س. البوقش - مونالي موندال



Doliprane 500 mg
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



6 118000 040354

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°746/15 DMP/21/NRQ

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL

16 comprimés effervescents



6 118000 040354

Conserver le tube bien fermé à l'abri de la chaleur
et de l'humidité

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N°: 746/15DMP/21/NRQ



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

بنصوص للبالغ والاطفال ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كثافة الاستعمال
أثر الشرا

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice
يحفظ الآتيوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

٢٠١٦٥٣٢٤

فيتا س 1000
(فيتامين س)
10 أقراص فائقة

Vita C 1000®

PPU 15DH3024
EXP 19/03/2048
LOT

بنصوص للبالغ والاطفال ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كثافة الاستعمال
أثر الشرا

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -
MODE D'EMPLOI : Voir notice
يحفظ الآتيوب مغلقاً بمعزل عن الحرارة والرطوبة.
Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.
يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C 1000®
10 Comprimés effervescents

6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

٢٠١٦٥٣٢٤

فيتا س 1000
(فيتامين س)
10 أقراص فائقة

Vita C 1000®

PPU 15DH3024
EXP 19/03/2048
LOT

9
(12531222)mm

LEO

Fabriqué par POLYMÉDIC sous licence LEO Pharma
Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Dr. T. BELABDA - Pharmacien Responsable
AMM N°42 DMP/21/CCI



Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,40

Composition
Fusidate de sodium
Excipients à effet rougeur : alcool cétylique et lanoline (contient du butylhydroxytoluène).
Autres excipients : vaseline officinale (contient du tout-rac-alpha-locophérol), paraffine liquide (contient du tout-rac-alpha-locophérol).

Voie cutanée
Ne pas laisser à la portée des enfants
Lire attentivement la notice avant emploi

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

فوسيدين® 2% مرهم

أنبوب من 15 غ

فوسيدات الصوديوم

	Centésimale	Par tube
Fusidate de sodium	2 g	300 mg
Excipients à effet rougeur : alcool cétylique et lanoline (contient du butylhydroxytoluène).	100 g	15 g

التركيزية	الملونية	للانبوب
فوسيدات الصوديوم	مليون	300 مل
الExcipients ذات ذات مفعول مملياني, لاتلون (محتوي على بيلوكوبوروم-ستيروين)	غ 2	15 غ
الExcipients الأخرى: البارافين (محتوي على جموع راك-الها-لو-كوفورول)	غ 100	15 غ
بارافين مائل (محتوي على جموع راك-الها-لو-كوفورول) بكمية قابلة لـ		

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
غير الملعّن - احفظ المعرضات الموصوفة

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale

بناء على وصفة طبية فقط

K

SIROP

POLERY ADULTES

NOUVELLE FORMULE

FORMULE :

Codéine base 0,064 g
Extrait fluide d'Erysimum 2,400 g
Excipient q.s.p 100 g de sirop
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,
nipagine.
Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES 
Sirop - 200 ml



6 118000 140399

K

SIROP

POLERY

ADULTES

NOUVELLE FORMULE

FORMULE :

Codéine base 0,064 g
Extrait fluide d'Erysimum 2,400 g
Excipient q.s.p 100 g de sirop
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,
nipagine.
Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES 
Sirop - 200 ml



6 118000 140399

K

SIROP

POLERY

ADULTES

NOUVELLE FORMULE

FORMULE :

Codéine base 0,064 g
Extrait fluide d'Erysimum 2,400 g
Excipient q.s.p 100 g de sirop
Excipients à effet notoire: saccharose, alcool,
nipagine.
Flacon de 200 ml

POLERY ADULTES 
Sirop - 200 ml



6 118000 140399

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

*Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.*

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

*Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.*

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

*Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.*

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032