

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

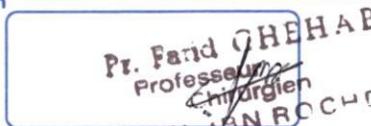
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 1

N° W21-818335

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricole : 8813 Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Nom & Prénom : Anweddah Abdellouahab		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. 0661218740 Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 7-8-2023			
Nom et prénom du malade : Amal Abdellah yessoufi	Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Céfalex + MP			
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 : CASA

Le : 15.09.23

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature attestant le Particulier
7.7.2023			100.00	INP : 0910

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MUSC NASSIM Quartier Nassim Islane Mag Commercial BNA Rue N° 14 El 05 20 49 95 49 / INPE : 062114186	9/08/2023	760,40 Dhs

ANALYSES - RADIGRAPHIES

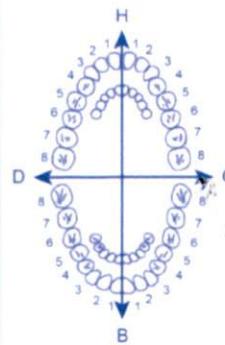
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR HASSAN HAYNAH	21/08/2023	165	693,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

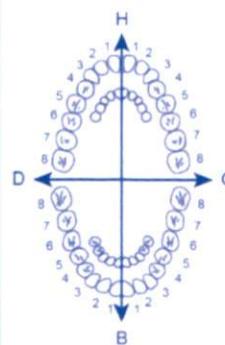
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 9. 8. 2023

ORDONNANCE

Docteur :

Y. Ame Jel youtay
32,50 x 2 = 65,00

SV

1/ metfazol 100 mg x 2 /

X 14

64,100 x 2 = 128,20

SV

1/ Astinay 1g. x 14

SV

160,00 x 2 = 320,00

SV

3/ clon 1000 mg x 14

123,50 x 2 = 247,00

Pr. Farid CHEHAB
Professeur
Chirurgien
CHU IBN ROCHD

1P/j

T = 760,40 Dtt

PHARMACIE MUSC NASSIM
Quartier Nassim Islane
Mag Commercial 880/A Rue N°14
Hay Hassani - Casablanca
Tél 05 20 49 05 49 / INPE : 062114186



IBN ROCHD
ابن رشد
Casablanca
الدار البيضاء
Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
الدار البيضاء
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 7-8-2023

ORDONNANCE

Docteur :

Dr. Amaddah. Yousfi

Jeudi 01 Janvier
(Rucher H. P)

Pr. Farid CHEHAB
Professeur
Chirurgien
CHU IBN ROCHD

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM

Dr Laoui lemraoui ihsane
Tél : 05 22 89 66 67 - 05 22 90 00 64

**LABORATOIRE EXABIO HAY NASSIM DE BIOLOGIE
MÉDICALE**

31 Hay Nassim, Lissasfa - Casablanca

Tel : 0522896667 E-mail : exabiohaynassim@gmail.com

ICE : 002897513000074 CNSS : 6728359 Matricule fiscale : 50492693 INPE : 093060556

Facture

N° facture : **B2023-3677**

Date : **08/08/2023**

Date de prélèvement : **07/08/2023**

Patient : **Mr AMADDAH Yassine**

Analyses	Valeur en B	Montant
Test respiratoire à l'urée marqué au C13	565	678,00
Total B	565	678,00
APB	1,5	15,00
Majoration de garde		
Total		693.00

*Arrêtée la présente facture à la somme de : Six Cent Quatre-Vingt-Treize Dirhams ****

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM
Dr Alquaili Ennafi Ihsane
Tél : ~~05 22 89 66 67 - 05 22 90 00 64~~



مختبر التحاليلات الطبية إكسابيو
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EXABIO
HAY NASSIM

Dr. ALAOUI LEMRANI Ihsane
Pharmacien Biologiste
DU assurance qualité en biologie médicale



Casablanca, le 14/09/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 070823-176 Pvt du: 07/08/2023 12:27

Nom : Mr AMADDAH Yassine

Page : 1/1

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI (Test respiratoire à l'urée marquée au 13 C)
prélevement air expiré

Index T0 : -25,52

Index T30 : 3,19

Index T30-T0 : 28,71

- INDEX T30-T0< ou égale à 5 , le test est négatif
- INDEX T30-T0>5 et <ou=10/ Test équivoque à confronter aux données cliniques
- INDEX T30-T0>10: test positif

RESULTAT : positif

NB/ Analyse sous traitée au laboratoire Centre de biologie de Casablanca

Laboratoire d'Analyses Médicales
EXABIO HAY NASSIM
Dr Alaoui Lemrani ihsane
Tél : 05 22 89 66 67 - 05 22 90 00 64

Nous vous remercions pour votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement.

BIOCHIMIE • HEMATOLOGIE • BACTERIOLOGIE • VIROLOGIE • IMMUNOLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • FERTILITE

تجزئة الترجس عمارة 114 محل 2 حي النسيم (قرب ثانوية القاضي عياض) - الدار البيضاء

Lot. Narjiss Imm 114 Mag 2 Hay Nassim (Près de Lycée Cadi Ayad) Casablanca - I.C.E.: 002897513000074

Tél.: 0522 89 66 67 / 0522 90 00 64 / 06 37 72 45 01 - E-mail : exabiohaynassim@gmail.com

كروبيل® 500 ملخ
علبة من 14 قرصاً

كالريل® 500 ملغ

Lot: L1369
Fab: 04/23 Per: 04/26

قرصا 14 عن طريق الفم سخاليني سكا G

حفظ في أقل من 25 درجة مئوية

Conserver à une température inférieure à 25°C.

33

Ne pas laisser à la portée des enfants

الإشتراكات - حلقات عدم الاستهلاك - المقاييس وكيفية الاستعمال

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
نحوه الاستعمال - المعايير المرضية - المعايير المعاكسة

Liste 1

Uniqueness of an occurrence

احسنه سوا المحسنة

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

ANTIBIOTIQUE

CLARIL® 500 mg

Clarithromycine

14 Comprimés Voie orale  GALENICA

Composition :

Composition: Clarithromycine 500 mg

Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Boîte de 14 comprimés contenant

AMM N° : 191/14 RMP/31/NGE

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF

مختبرات گالبینیکا - الدار البيضاء - المغرب

 Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

ن : 101/14 DMP/21/NCF
G مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
 Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés
PPV : 160,00 DH

6 118000 191001

75x60x20

Lot N° / Date Por :

ANTIBIOTIQUE



14

Comprimés

Voie orale



GALENICA

Composition :

Clarithromycine 500 mg.
Excipients q.s.p 1 comprimé enrobé.
Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.
AMM N° : 08/19/DMP/21/NRQDNM



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boîte de 14 comprimés enrobés
PPV : 160,00 DH
6 118000 191001

7x60x20

Lot N° / Date Per. :
CLARIL® 500 mg
Boîte de 14 Comprimés

ECL B Z 1 V FA 01

مضاد حيوي



كلا^ريل[®] 500 مل^غ

كلاريتروميسين

Lot : L1371

Fab : 04/23 Per : 04/26



عن طريق الفم

قرصا

14

يحفظ في أقل من 25 درجة مئوية
Conserver à une température inférieure à 25°C

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

الارشادات - حالات عدم الاستعمال - المفادة و剋يفية الاستعمال:
غير المدين بالدواء.

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

liste I
Uniquement sur ordonnance



Dr. Marie MAFTOUH
Pharmacien Responsable

Tenir hors de la portée et de la vue
des enfants
Lire attentivement la notice avant
utilisation

Eson Pac
1024368

[INEX 40/ANIIIA/1006.1]

Précautions particulières de conservation
A conserver à une température ne dépassant
pas 30°C
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine

PS19299

احفظ هذا الدوا، في مكان بعيد عن
تناول أبدي الأطفال و عن مرافقهم
قبل الإستعمال [قرأ بيان النشرة
الإعلانية]
احتياطات خاصة بشأن المفظ
المفظ في مكان لا تتجاوز الحرارة
30 درجة مئوية
 يجب حفظه في علبته الأصلية



* 3 5 5 3 3 8 9 *

رقم رخصة وضع الدوا، في السوق المغربي:
N° AMM Maroc/ 641/15 DMP/21/NRQ

القائمة II - فقط وفقاً لوصفة طبية
Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوقة

المواد الفاعلة في تركيب الدوا،
ازوميبرازول 40.00..... مغ
بصيغة إزوميبرازول ماغنزيوم ثلاثي التمبيه
ك.أ.ل فرقن صامد لحموضة المعدة
السواغات ذات التأثير المعروف: سكاروز
14 فرقن صامد لحموضة المعدة

Fabricant, Conditionneur et Libérateur/
الصانع المعين و المحرر:

AstraZeneca AB
Gärtunavägen
SE-151 85 Södertälje-Suède

EXP 10-2025
LOT ZPNY



Composition en substances actives

Esoméprazole 40,00 mg
Sous forme d'esoméprazole magnésium trihydraté
Pour un comprimé gastro-résistant
Excipient : QSP 1 comprimé gastro-résistant
Excipient à effet notoire : saccharose

Nom et adresse du Détenteur
de l'AMM/ صاحب رخصة التسويق:

AstraZeneca UK Limited
600 Capability Green,
Luton, LU1 3LU
Royaume Uni

E
6

SYNTHEMEDIC
22 rue du cabaret bte 10 au 100
nouvelles casablanca
INEXIUM
40 mg
Boîte 14
CPR GR
40 mg
118001 020807

40 مغ
إينكسيوم
الدواء من

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

INexium® 40 mg

إينكسيوم® 40 مغ

ازوميبرازول
14
فرقن صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

AstraZeneca



مضاد بكتيري - مضاد للطفيليات

ميتروزال® 500 ملغ

ميترونيدازول



عن طريق الفم

قرصا 20

ميتروزال® 500 ملغ
20 قرصا

Composition : AMM N° : 288/15DMP/21/NRQ
Métronidazole 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé.
Boîte de 20 comprimés contenant 10 g de Métronidazole.
Excipient à effet notoire : lactose
محبّرات مثاليّن - م. ص. أ.د. صالح - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

Liste I-Uniquement sur ordonnance

احترم الجرعة المحددة
Respecter les doses prescrites

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

ANTIBIOTIQUE - ANTIPARASITAIRE

METROZAL® 500mg

Métronidazole

20 comprimés

Voie orale



الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المفادة و كثافة الاستعمال:
إقرأ البيان داخله

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

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

METROZAL®
Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32.50 DH

6 118000 190967

METROZAL® 500 mg
20 comprimés

Lot N°/Date Per. :

EMZCB2VFA 01



Lot N°/Date Per. :

Composition :

AMM N° : 288/15DMP/21/NRQ

Métronidazole 500 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé.

Boîte de 20 comprimés contenant 10 g de Métronidazole.

Excipient à effet notoire : lactose

مختبرات غالينيكا - م. صن. أولاد صالح - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

Liste I-Uniquement sur ordonnance

استرخوا الحر عياب المحددة

Respecter les doses prescrites

Dr. Maria MAFTOUH

Pharmacien Responsable

ANTIBIOTIQUE - ANTIPARASITAIRE

METROZAL® 500 mg

Métronidazole

20 comprimés

Voie orale



الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير و كثافة الاستعمال:
إقرأ البيان داخلة.

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

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

METROZAL®
Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH

45x20x100
6
6 118000 190967

Lot N°/Date Per. :

EMZCB2VFA01

Lot N°/Date Per. :

ميتروزال 500 ملغ
20 قرصاً

مضاد حيوي - مضاد للطفيليات

ميتروزال® 500 ملغ

ميترونيدازول

عن طريق الفم

(20) قرصاً

أكسيميسين ١٤
14 قرصاً متميلاً

14 comprimés
dispersibles



١٤
g

AXIMYCINE®
Amoxicilline

Laprophan

Avaler le comprimé
tel quel avec un
verre d'eau
أبتلع القرص
مع كوب من الماء

OU

Dissoudre le comprimé
dans un verre d'eau
avant ingérer
حل القرص في نصف
كوب من الماء قبل الوجبة

تحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C DANS L'EMBALLAGE EXTERIEUR A L'ABRI DE L'HUMIDITE
A CONSERVER A UNE TEMPERATURE NE DEPASSANT PAS 25°C DANS L'EMBALLAGE EXTERIEUR A L'ABRI DE L'HUMIDITE
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

تحفظ بعيداً عن متناول و مراعي الأطفال
Laprophan
لابروفان
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD 21, RUE DES OUDAYA CASABLANCA MAROC

AXIMYCINE® 1g
14 comprimés dispersibles



6 118000 031161

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles
PPV 64DH10 EXP 02/2025
LOT 20068

IMPRIMEPEL
03/20

أكسيميسين
14 قرصاً متميلاً

١٤ قرصاً
متـمـيـلـاً



١٤
g

Laprophan

نـاـجـمـاـتـيـكـاـلـاـرـاـكـيـلـاـنـدـ

FORMULE :

Amoxicilline
(sous forme d'amoxicilline trihydraté compactée) 1 g
Excipient q.s.p. 1 comprimé dispersible

Cette boîte contient 14 g d'amoxicilline
Voie orale.

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MISES EN GARDE SPECIALES
ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI : Voir notice

POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :
Se conformer à la prescription du

تركيبة الدواء :
أموكسيسيلين
(على شكل أموكسيسيلين تريبيورات مضغوط)
السواغ ما يكفي لـ ١٤
قرص واحد متحلل
تحتوي هذه العلبة على 14 غ من الأموكسيسيلين
عن طريق الفم
دواعي الاستعمال - مسواع الاستعمال - تحذيرات خاصة
واحتياطات الاستعمال - انظر النشرة
الجماعات و كيفية الاستعمال :
حسب إرشادات الطبيب



تحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية في المكان المدارية بمفرز من الماء
A CONSERVER A UNE TEMPERATURE NE DEPASSANT PAS 25°C DANS L'EMBALLAGE EXTERIEUR A L'ABRI DE L'HUMIDITE
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

AXIMYCINE® 1g
14 comprimés dispersibles

6 118000 031161

5

PPV 64DH10 EXP 01/2025
LOT 20062

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

IMPRIMEPEL
03/20

أكسيميسين
أموكسيسيلين

AXIMYCINE®
Amoxicilline

14 قرصاً

متسلسل



FORMULE :
Amoxicilline 1 g
(sous forme d'amoxicilline trihydrate compactée)
Excipient q.s.p. 1 comprimé dispersible

Cette boîte contient 14 g d'amoxicilline
Voie orale.

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS - MISES EN GARDE SPECIALES
ET PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES D'EMPLOI : Voir notice

POSÉOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION :
Se conformer à la prescription du médecin

AMM N° 542/19 DMP/21

تركيز الدواء :
أموكسيسيلين 1 g
(على شكل أموكسيسيلين تريبيدرات مضبوط)
السواء ما يكتفي قرص واحد متسلل

تحتوي هذه العلبة على 14 g من الأموكسيسيلين
عن طريق الفم

دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - تحذيرات خاصة
واحتياطات الاستعمال - انظر المنشورة
الجرعات وفترة الاستعمال :
حسب إرشادات الطبيب

أكسيميسين 14
قرصاً متسللاً

14 comprimés
dispersibles



14

Laprophan