

# 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.



**Déclaration de Maladie : N° P19-0002710**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12635 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABBASH AMINE Date de naissance : 24.12.1984  
Adresse : 334 BD ABDELMONEEM Apt 26 CASABLANCA  
Tél : 0665 966 956 Total des frais engagés : 644,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 23/08/23  
Nom et prénom du malade : Abbash Amine Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bronchite - Rhinite allergique  
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 30/09/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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**



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
29/8/23	C		200,00	
01/9				

Paies	attestant le Paiement des
0	<p><b>Docteur DEBBARH Lata</b>  <b>Médecine générale</b>  <b>Centre Commercial Nadia, Im 3</b>  <b>Rue d'El Jadida - Maarif - Csa</b>  <b>Tel: 05 22 98 22 57</b></p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. Abderrahim RABBA</b> Pharmacie RESIDENCE NADIA Centre Commercial Nadia 281, Bd. Brahim Boudent Tel.: 0522 33 33 33	29/8/23	444,90

**Dr. Abderrahim RABBA**  
Pharmacie **RÉSIDENTE NADIA**  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Roudani  
tél.: 0522 23 72 69 - Casablanca

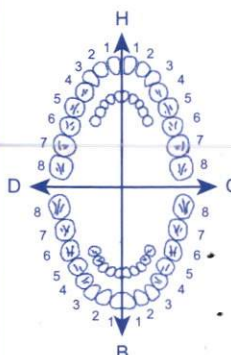
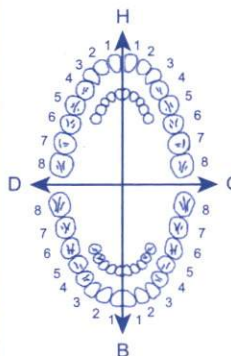
[illegible][illegible]

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

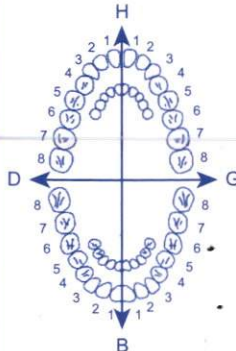
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

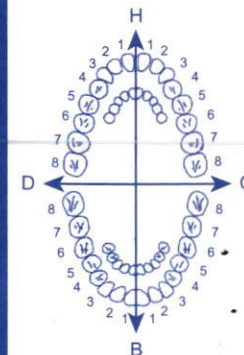
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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		
						MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION		




O.D.F.  
PROTHESES DENTAİRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

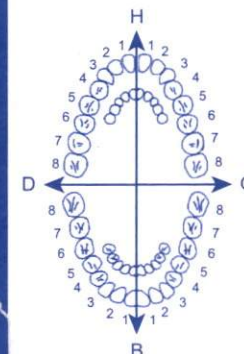
**(Création, remont, adjonction)**  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur DEBBARH Laïla

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3  
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)  
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالبط

الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3  
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)  
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 29/8/23

Abbassi Amine

Levamo x 19 cp eff (Bde 16)  
17,00 1 cp x 2 fois/j x 8j

Néopred 20mg  
37,00 5 cp eff après petit dèj x 5j

Rinonex sach  
21,00 1 sach x 2 fois/j x 4j

Toudex 800  
7990 1 cs matin  
4580

ENVOLEX 800  
3 9/j

Dr. Abderrahim RABBAÏ  
Pharmacie RÉSIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
281, Bd. Brahim Roudani  
Tél.: 0522 23 72 69 - Casablanca



- Allora cp

1 cp le soir x 2 mois

5190 x 2



444,90

Docteur DEBBARH Laila  
Médecine générale  
Centre Commercial Nadia, Imm 3  
Route d'El Jadida - Marrakech - Casa  
Tél.: 05 22 98 22 57

Dr. Abderrahim RABBA  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
281, Bd. Brahim Roudani  
Tél.: 05 22 23 72 69 - Casablanca

Dr. Abderrahim RABBA  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
281, Bd. Brahim Roudani  
Tél.: 05 22 23 72 69 - Casablanca

20 قرص ملبس  
عن طريق الفم

# ألورا

ديسلوراتادين

مرة واحدة يوميا  
طويل المفعول  
لا يسبب النعاس  
مضاد للحساسية

ALORA 5 mg ○

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410089

LOT: M0829  
PER: 07/2024  
PPV: 51,90DH



مختبرات ديفا للصيدلة  
ج. وأجدي صيدلي مسؤول

146-147 المنطقة الصناعية نبط ملول - الدار البيضاء

**NEOPRED<sup>®</sup>**  
Prednisolone 20 mg

Indications : Contre-indications - Posologie -  
Mode d'emploi : Les pilules infusent.

العلامات : موانع استعمال - الجرعات -  
الطريقة : كيفية استعمال الدواء

Reboucher soigneusement le flacon  
après chaque prise.

AMM N° : 28019DMP/21/NMP

**NEOPRED<sup>®</sup>**  
Prednisolone 20 mg

PPV : 37,40 DH



0118000191919

Matin	Midi	Soir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée		
<input type="text"/>		
Rapais		
<input type="checkbox"/>		

**NEOPRED<sup>®</sup>**  
Prednisolone 20 mg



Lot: L0219  
Fab: 01/23 Per: 01/26

Vale orale

**GALNICA**

**Pro**  
**Eucalyptus - Echinacea - Gingembre**

**Sans sucre**

Complément avec édulcorant - Poids Net : 27 g

**10 Comprimés à sucer**



- Fabriqué en France par :  
**STRAPHARM**  
Z.I Les Landes Roussais  
85600 Saint-Hilaire de Loulay  
France

Importé et distribué par :  
**RAMO PHARM**  
4, rue Al Oukhouane  
Beauséjour 20200 - Casablanca

N° Certificat d'enregistrement :  
DA20171103520DMP/20UCA/MAV3

**Composition :**

Propolis, acide ascorbique (60mg/ comprimé), extrait d'eucalyptus, extrait sec d'échinacée, extrait de gingembre, agent de charge : sorbitol, poudre au miel, agent agglomérant : stéarate de magnésium et silice colloïdale, édulcorant : sucralose, acésulfame K et aspartame, arôme citron, arôme menthol.



LOT 23.027/FC33  
01/2025 PPC 45.80

Complément alimentaire n'est pas un médicament

**ENROUX<sup>®</sup>**  
10 comprimés à sucer



6 111255 810208

# ليفاموكس

أموكسيسيلين + حامض كلافلانيك

1 غرام / 125 ملغ

16 قرصا فائرا



## FORMULE :

Amoxicilline ..... 1 g

(sous forme trihydratée)

Acide clavulanique ..... 125 mg

(sous forme de clavulanate de potassium)

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé effervescent

Rapport Amoxicilline / Acide clavulanique : 8/1

Cette boîte contient 16 g d'amoxicilline et 2 g d'acide clavulanique

Excipients à effet notoire : Aspartam - Sodium - Potassium.

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS : Voir notice.

POSOLOGIE : Se conformer à la prescription du médecin.

Tube à conserver bien fermé à une température ne dépassant pas 30°C et à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

لاتتجاوز الجرعات المحددة  
PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

AMM N° 245/20DMP/21

# LEVAMOX®

Amoxicilline+Acide Clavulanique

1g/125 mg

16 COMPRIMES EFFERVESCENTS



دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال : انظر النشرة.  
الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

يجب حفظ الأنبوب مغلقا في درجة حرارة لا تتعدى 36° درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

تركيبة الدواء :

أموكسيسيلين (على شكل تريهيدراتي)..... 1 غ

حامض كلافلانيك (على شكل كلافلانات البوتاسيوم)..... 125 ملغ

السواغ ..... ما يكفي للقرص واحد فائرا

نسبة أموكسيسيلين / حامض كلافلانيك : 8/1

تحتوي هذه العلبة على 16 غ من الأموكسيسيلين و 2 غ من حامض كلافلانيك.

السواغات المعروفة بتأثيرها : الأسبارتام - الصوديوم - البوتاسيوم



مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21. زقة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21. RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX®

16 comprimés effervescents 1g/125mg



6 118000 032885



**Composition :**

Paracétamol .....	500 mg
Acide ascorbique (Vitamine C) .....	200 mg
Phéniramine maléate .....	25 mg
Excipients q.s.p. ....	1 sachet

**Excipients à effet notoire :** Saccharose, colorant jaune orangé (S)

**التركيب :**

ملغ 500 .....	براسيتامول
ملغ 200 .....	حامض اسكوربيك (فيتامين س)
ملغ 25 .....	فينيرامين مالبات
1 كيس .....	سواغات ذات تأثير معلوم : سكرز، ملون أصفر برتقالي (S)

**Lire attentivement la notice avant utilisation**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants  
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité

**اقرأ النشرة بتأن قبل الإستعمال**

لا يترك هذا الدواء في متناول و مرأى الأطفال  
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة

**Mode d'emploi :**

- Déchirer le haut du sachet-dose et verser le contenu dans un verre
- Rajouter un peu d'eau
- Remuer quelques secondes et boire immédiatement



A.M.M : 588/16DMP/21/NP

**Rinomex®**

Boîte de 8 sachets



6 118000 095705

# Rinomex®

Paracétamol / Vitamine C / Phéniramine maléate

**Rhume - Rhinite**  
**État grippal**  
**Rhinopharyngite**

**Adultes****Arôme orange****8 sachets**

Voie orale

SACHETS DE GRANULÉS  
POUR SOLUTION BUVABLE

**PHARMA 5**

**PHARMA 5**  
LOT : 9828  
UT.AV : 06-25  
PPV : 21DH00



# TOUDEX®

Mauve - Cassis

LOT 107052/FC7  
PER 10/2025  
PPC 79,90

Sans alcool  
Sans sucre



## SIROP

Flacon 200 ml

# TOUDEX®

Mauve - Cassis

### Propriétés :

TOUDEX est un sirop composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour rétablir le bon fonctionnement des voies respiratoires.

### Conseils d'utilisation :

- **Nourrisson** (à partir d'un an) :  
1 cuillerée à café 2 fois / jour
- **Enfant** :  
1 à 2 cuillerées à café 3 fois / jour
- **Adulte** :  
1 cuillerée à soupe 3 fois / jour

Agiter avant utilisation

TOUDEX® Mauve - Cassis



6 111255 810642

### Durée d'utilisation :

Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

Source de Phénylalanine.

Déconseillée chez la femme enceinte et allaitante sauf sur avis médicale.