

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-787430

*Coumici*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 183566

Nom & Prénom : SOUSSE LAHOUCINE

Date de naissance : 30/6/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhadi N°7 Hay EL HASSANI Laayoune

Tél. : 06 67 19 73 88 Total des frais engagés : 2108,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 NOV 2023

Nom et prénom du malade : SOUSSE LAHOUCINE Age : 1946

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : No 618 v. 1 an 8

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 : Laayoune Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-787430

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3462  
Nom de l'adhérent(e) : SOUSSE LAHOUCINE  
Total des frais engagés : 2108,7 DH  
Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
09 NOV 2023			1000	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

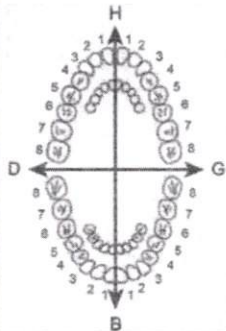
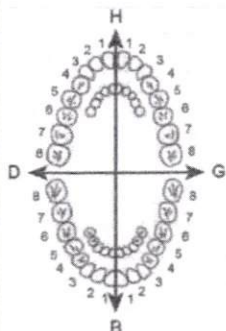
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOURTI TEL : 05 28 27 07 24 LOT D'ALKA N° 54 DCHEIRA 042036897	09-11-23	1108,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																					
				MONTANTS DES SOINS [ ]																					
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																					
				FIN D'EXECUTION [ ]																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr Hassan GUEDIRA**

**Chirurgien urologue**

- Maladies et chirurgie des reins et des voies urinaires (prostate, vessie) et genitales
- Exploration et chirurgie endoscopiques
- Lithotripsie des calculs urinaires
- Dysfonction sexuelles et sterilité masculine
- Maladies sexuellement transmissibles
- Circoncision
- Echographie



**الدكتور حسن كديرة**  
اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي  
و المسالك البولية و التناسلية

- أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية
- الفحص بالمنظار
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى
- أمراض سرطان الكلي، المثانة، البروستات
- تفتيت الحصى بالليزر
- الضفد الجنسي
- الأمراض المنقولة جنسيا
- الختان

**Agadir le: 09/11/2023**

**NOM ET PRENOM : SOUSSI LAHOUCINE**

**Compte-Rendu de Cystoscopie**

- Sous Anesthésie locale. (cathejell)
- Introduction du fibroscope souple sous contrôle visuel et sous irrigation au sérum salé 9%.
- Urètre d'aspect macroscopique normal.
- Vessie d'aspect normal.
- Retrait du matériel et vidange vésical.
- Rétrécissement remarquable du col vésical





**Dr Hassan GUEDIRA**

**Chirurgien urologue**

- Maladies et chirurgie des reins et des voies urinaires (prostate, vessie) et genitales
- Exploration et chirurgie endoscopiques
- Lithotripsie des calculs urinaires
- Dysfonction sexuelles et sterilité masculine
- Maladies sexuellement transmissible
- Circoncision
- Echographie



**Cabinet  
Urologie**

**الدكتور حسن كديرة**

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

- أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية
- الفحص بالمنظار
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى
- أمراض سرطان الكلي، المثانة، البروستات
- تقنيات الحصى بالليزر
- الضفء الجنسي
- الأمراض المنقولة جنسيا
- الختان

## Ordonnance

Agadir, le : .....

Nom et Prénom : ..... 09 Nov 2023

PHARMACIE KOURTI  
TEL : 05 28 27 07 24  
LOT DALHA N° 54 DCHERRA

Soulin  
L

10680  
27

10680  
27

147.2

10680  
27

10680  
27

114.2

10680  
27

10680  
27

10680  
27

DR. HASSAN GUEDIRA  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
CABINET MEDICAL  
CENTRE VILLE AGADIR

Rue marrakech ( en face SGMB ) Quartier l'abattoir Centre ville agadir  
زنقة مراکش (امام الشركة العامة) بحي الباطوار أكادير

Email: dr.guedira01@gmail.com - Tél./Fax : 05 28 82 82 40

10680  
27

**Dr Hassan GUEDIRA**

**Chirurgien urologue**

- Maladies et chirurgie des reins et des voies urinaires ( prostate, vessie) et genitales
- Exploration et chirurgie endoscopiques
- Lithotripsie des calculs urinaires
- Dysfonction sexuelles et sterilité masculine
- Maladies sexuellement transmissible
- Circoncision
- Echographie



**Cabinet  
Urologie**

**الدكتور حسن كديرة**

**اختصاصي في أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية**

- أمراض و جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية
- الفحص بالمنظار
- الجراحة بالمنظار
- الفحص بالحصي
- أمراض سرطان الكلي، المثانة، البروستات
- تقنيات الحصى بالليزر
- الضفص الجنسي
- الأمراض المنقولة جنسيا
- الختان

Agadir, le :

**09 NOV 2023**

## Note d'Honoraires

Nom du Malade : ..... *Soufiane LAHOUINE* .....

Honoraire perçu : ..... *non* ..... dhs.

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

*Mille dirhams*

*tylo*

**09 NOV 2023**

**DR. HASSAN GUEDIRA**  
CHIRURGIEN UROLOGUE-ANDROLOGUE  
CABINET UROLOGIE AGADIR  
QUARTIER L'ABATTOIR CENTRE VILLE AGADIR  
Tél : 05 28 82 82 40



# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAXON® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106, 80DH

756.135.09.19\*

# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4/5  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAXON® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106, 80DH

756.135.09.19\*

# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAXON® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106, 80DH

756.135.09.19\*



# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAXON® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106, 80DH

756.135.09.19\*

# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAXON® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106, 80DH

756.135.09.19\*

# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAxon® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106, 80DH

756.135.09.19\*



OLEDIZ<sup>®</sup> 20mg, comprimés gastro-résistants Boîte de 28

PPV: 144 DH 50

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AX/02



Durée du traitement : ..... مدة العلاج :

### Composition :

Esoméprazole..... 20 mg

Sous forme d'ésoméprazole magnésium amorphe

Excipients ..... q.s.p. 1 comprimé gastro-résistant.

Excipients à effet notoire : saccharose, lactose.

### Mode et voie d'administration :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Conditions de conservation :

A conserver à une température inférieure à 30°C.

### التركيب :

إيزومبرازول ..... 20 ملغ

على شكل إيزومبرازول المغنيزيوم أمورف

السواغات ..... كمية كافية لقرص صامد لحموضة المعدة.

سواغات ذات تأثيرات معروفة : ساكروز، لادكتور.

كيفية و طريقة الإستعمال :

اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.

شروط الحفظ :

يحفظ في درجة حرارة أقل من 30 درجة مئوية.

Tenir Hors De La Vue Et De La Portée Des Enfants

يحفظ هذا الدواء بعيداً عن مرمى ومتناول الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

يجب احترام الجرعات الموصوفة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU C (liste II)

# **IPROST LP 10 mg**

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPU 147.50 DH  
**30** comprimés à libération prolongée

Voie orale

**IPROST LP 10 mg**

**30** comprimés à libération prolongée

# ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3.5/  
ملل  
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق  
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة 4  
صباح  
زوال  
مساء

TRIAXON® I.M.  
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258

COOPER  
PHARMA

LOT: V-03-5  
PER: 03-2026  
PPV: 106,80DH

756.135.09.19





53,00

**EXACYL<sup>®</sup> 500 mg**  
(ACIDE TRANEXAMIQUE)



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

List I : Tableau A.

Titulaire d'AMM pays d'origine  
CHEPLAPHARM Arzneimittel GmbH,  
Ziegelhof 24, 17489 Greifswald, Germany.

Titulaire d'AMM au Maroc  
Bottu SA.  
82, Allée des casuarinas  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Fabricant  
Maphar. Boulevard ALKIMIA N°6  
QI-Sidi Bernoussi, Casablanca.

**EXACYL<sup>®</sup> 500 mg**  
Acide tranexamique  
20 comprimés



6 118000 061250

**Composition :**

Paracétamol ..... 0,500g

Excipient q.s.p un comprimé effervescent

لا يترك في متناول الأطفال

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

Laboratoires **LAPROPHAN** SA.

21, Rue des Oudaya - Casablanca.

Fabriqué au Maroc sous licence

des laboratoires UPSA

**EFFERALGAN®** 500 mg

16 comprimés effervescents



IDEMICO

افيرالغان®

باراسيتامول

500 ملغ

16 قرصا فائرا

**EFFERALGAN®** 500 mg

PPV 150H90

EXP 10/2025  
LOT 29053 3

16 comprimés effervescents