

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-834275

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123 05 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MARDI OTMANE
 Date de naissance : 16/06/83
 Adresse : CASA
 Tél. : 06 61 11 86 19 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28 / 12 / 2023
 Nom et prénom du malade : El. mardj Otman Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : grippe
 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 : CASA le 28 / 12 / 23
 Signature de l'adhérent(e) :

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
26/10/2023	8	9	250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GOLF CITY Commercial Bouskoura Golf City N°9 Bouskoura Casablanca Tél: 0522 59 07 09 INPE: 092079649	26/12/23	886,90

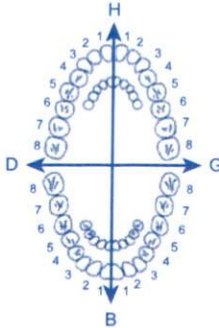
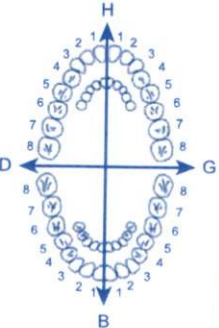
[illegible][illegible]

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	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D		B																										
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				MONTANTS DES SOINS	
	[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
					<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

كتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
و الحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوباتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 26/12/2023 : الدار البيضاء في :

EL MARDI ISMAIL

1) **oscillococcinum**

1 demi dose matin et soir pendant 3 jours

2) **APIS MELLIFICA -T/9 CH**

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

3) **BRYONIA -T/9 CH**

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

4) **dolipediatrique**

1 DDP 17 TOUTES LES 6 HEURES PENDANT 48H SI TEMPERATURE PLUS DE 38

5) **BELLADONNA -T/9 CH**

3 GRANULES 4 FOIS PAR JOUR pendant 5 jours

6) **HYDRASTIS CANADEN -T/5 CH** x

3 GRANULES 4 FOIS PAR JOUR PENDANT 5 JOURS

7) **HIVERNEX SIROP**

1 cac 3 fois par jour pdt 7 jours

8/ *eupatorium perfoliatum 3CH.*

3s x 4/ j

pdt 7j

si besoin

9/ *lobnax waffre*

1 soule a 4/ j pdt 7j

372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca

Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail: drsalmabenkirane@gmail.com

Patente : 36119778 . INPE : 091173559 . ICE : 001737284000010

HIVERNEX

Défenses - Immunité
Troubles hivernaux

Échinacée, Cassis, Plantain,
I-Fluid Reine des Près, Gelée Royale

Zinc, Vitamine C

SIROP
Sans Sucre
Sans Alcool

LOT 107208/FC5
PER 09/2025
PPC 79.00

HIVERNEX SIROP



jeunes enfants.
• Ne pas utiliser en cas d'allergie ou d'intolérance à l'un des composants.
• Un complément alimentaire ne doit pas se substituer à une alimentation variée et équilibrée.

Fabriqué par Phytéo
Laboratoires
Exploitant RAMOPHARM

Produced by Phytéo Laboratoires
Exploitant RAMOPHARM

Complément Alimentaire n'est pas un médicament.

Dietary product is not a medicine

ck

هيفرنيكس® كيس

الأعراض الشتوية

علية من 10 أكياس

تذاب في كوب من الماء، بدون سكر.

التركيب : كل كيس يحتوي على :
مستخلص جاف إشنسيا، مستخلص
جاف كاسيس، مستخلص جاف إكليلية
المروج، مستخلص موز مجفف،
حمض الأسكوربيك لام (فيتامين)،
ذئج، مسحوق الكافيين، أكسيد الزنك.

سواغ : حمض المالك، حامض الستريك،
نكهة البرتقال، ثاني أكسيد السيليكون، صيغ
البندر الأحمر، أسيسولفام البوتاسيوم،
سوكروالوسي.

الخصائص :

هيفرنيكس® كيس هو منتج طبيعي
بدون سكر، يتكون من خليط من
النباتات المرتبطة بالدنج، وفيتامين
و الكافيين، لتصحيح الأعراض
المختلفة لنزلات البرد.
يساعد على تقوية جهاز المناعة مع
إشنسيا، مستخلص أوراق كاسيس،
فيتامين سي، بروبوليس والزنك.

دواعي الاستعمال :
علاج أعراض النزلة.

كيفية الاستعمال :

• الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين
6 سنوات : كيس 1 إلى كيسين 2
يوميًا تخفف في كوب من الماء.
• الكبار : 1 كيس 3 مرات / يوم في
كوب من الماء
يمكن استخدامه كجرعة هجومية في
اليوم الأول بكيسين صباح ومساء في
جرعة واحدة

حدود الاستخدام :

• لا تتجاوز الجرعة اليومية الموصى بها.
• لا يترك في متناول الأطفال الصغار.
• يمنع استعماله في حالة حساسية معروفة.
• لا ينبغي أن يحل مكان المكملات
الغذائية المتنوعة والمتوازنة.

صنع بمختبرات فيتيو
المستقل «راموفارم»

مكمل غذائي وليس دواء

stick 3 times / day in a
water
used as an attack dose
at day with 2 sticks
and evening in 1 single

use :
exceed the
ended daily dose.
leave within the reach
children.

• Do not use in case of allergy
or intolerance to any of the
components.
• A dietary supplement should
not replace a varied and
balanced diet.

Doli®

Pédiatrique

Paracétamol

PPV 17DH50
PER 07/26
LOT M2680

17/10



DAI
Ce médicament est réservé en cas de douleur et/ou fièvre
telles que : douleurs dentaires, courbatures.

Cette présentation est réservée à l'enfant de 3 à 30 kg (environ de la naissance à 10 ans); lire attentivement la rubrique «Posologie». Pour les enfants ayant un poids différent, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

ATTENTION!

DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MÉDICAMENT?

Ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ dans les cas suivants :

- Allergie connue au paracétamol ou à l'un des autres constituants,
- Maladie grave du foie.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

MISES EN GARDE SPÉCIALES

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre posologie).

PRECAUTIONS D'EMPLOI

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours, ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

- En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

- En cas de diabète ou de régime pauvre en sucre, tenir compte dans la ration journalière de la présence de sucre : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg figurant sur le système doseur.

EN CAS DE DOUTE, NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS

Signalez que votre enfant prend ce médicament si votre médecin prescrit un dosage du taux d'acide urique ou de sucre dans le sang.

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.

LISTE DES EXCIPIENTS DONT LA CONNAISSANCE EST NECESSAIRE POUR UNE UTILISATION SANS RISQUE CHEZ CERTAINS PATIENTS

Sucre (saccharose) : 0,167 g de sucre par graduation de 1 kg figurant sur la seringue par administration orale).



• Si vous prenez des antibiotiques (aminosides),

Engagement sur ordonnance
جديف (لاصة) - جديف

Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

26/10

demandez conseil à votre médecin

- ne doit pas être utilisé en cas de réapparition de la conjonctivite. Le médecin. Vous pouvez également consulter un oculiste. Les maladies telles que la conjonctivite, demandez conseil à votre médecin. Ce type peut aggraver la conjonctivite. Il est déconseillé durant le traitement. Le chlorure de benzalkonium est un conservateur de contact souples et lentilles de contact avant de 15 minutes avant de les utiliser. Le chlorure de benzalkonium peut également aggraver la conjonctivite. Il est déconseillé durant le traitement. En cas de sensation de brûlure dans les yeux après l'application de votre médicament. Il est déconseillé en injection intra oculaire. Il est déconseillé de l'utiliser après usage.

exactement les indications.
Vérifiez auprès de votre médecin
doute.

Posologie
Chez l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans, la dose recommandée est :

Une goutte de collyre, 3 à 8
médicale) dans l'œil malade.
Si nécessaire, la fréquence

Mode d'administration

Après ouverture du bouchon, du flacon s'est cassé, retirez-le. N'utilisez TOBREX 0,3 %, co-yeux.

Comme pour tous les collyres,
opérations suivantes :

1. Lavez-vous soigneusement.
2. Evitez de toucher l'œil ou le compte-gouttes.

3. Instillez 1 goutte de collyre inférieur en regardant vers le paupière inférieure vers le bas votre œil, essayez à nouveau.

4. Après instillation, gardez appuyant doucement sur le pendant 2 minutes. Cette quantité de médicament qui application du collyre.

5. L'œil fermé, essuyez propre
6. Refermez le flacon après utilisation.
Si vous utilisez un autre
ophtalmique, attendez 5 minutes.
Les pommades ophtalmiques
dernier.

Durée du traitement
5 à 15 jours.

Si vous avez utilisé plus de solution que vous n'auriez dû, Rincez abondamment à l'eau d'effets indésirables attendus jusqu'à ce que le moment suivant.

Vous pouvez présenter une vision trouble pendant un

Apis mellifica

9^{ch}



Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 08/2027 LOT: G10891 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Apis mellifica 9ch



FR/W

Bryonia

9^{ch}



Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 03/2027 LOT: G03813 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Bryonia 9ch



FR/W

Belladonna

9^{ch}



Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 12/2027 LOT: G15488 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Belladonna 9ch



FR/WW

Hydrastis canadensis

5^{ch}



Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 02/2027 LOT: G16039 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Hydrastis canadensis 5ch



FR/W

Eupatorium perfoliatum

9^{ch}



Enregistrement sans indications thérapeutiques
MÉDICAMENT HOMÉOPATHIQUE BOTTU SA
EXP: 05/2025 LOT: E58133 Ain Sebâa, Casablanca
PPV: 18DH50 Eupatorium perfoliatum 9ch



FR/W

BOTTU SA
PPV: 71 DH 50

Oscillo
coccinum

6 doses

DOSE

SITUATION

nas barbariae dynamisé à la 200^e K.
e) q.s.p. 1 dose globules de 1 g.

ET PROPRIÉTÉS

grippaux.

dicament homéopathique.

PRÉSENTATIONS

Dose-globules de 1 g environ.

Boîte de 1 dose, boîte de 6 doses ou boîte de 30 doses.

MODE D'EMPLOI

Laisser fondre sous la langue le contenu entier du tube-dose.

Pour les nourrissons : laisser fondre dans un peu d'eau
et donner à la cuiller ou au biberon.

Prendre Oscillococcinum à distance des repas,
1/4 d'heure avant ou 1 heure après.

**Oscillococcinum sera d'autant plus efficace et rapide d'action
qu'il sera pris de façon précoce,
dès les premiers symptômes de l'état grippal.**

POSOLOGIE USUELLE

La posologie varie selon le moment où l'on intervient :

- **Pendant la période hivernale :**

prendre une dose par semaine.

- **État grippal à son début :**

prendre une dose le plus tôt possible.

Répéter éventuellement 2 à 3 fois à 6 heures d'intervalle.

- **État grippal déclaré :**

prendre une dose matin et soir pendant 1 à 3 jours.