

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 M 86 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AOUAHDANE Maha Am

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-65259

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- 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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-451588

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

13186

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL OUAMDA NI N° Ammaz

Date de naissance : 05/11/1986

Adresse : Ville n° 181 lot EL NANSOUR Belka

Tél. : 06 76 11 31 36

Total des frais engagés : 831,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/10/2021

Nom et prénom du malade : EL OUAMDA NI Y A HYA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Down Child

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 : Casab

Le : 26/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-451588

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 : 13186

Nom de l'adhérent(e) : EL OUAMDA NI

831,30

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 26/10/2021

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 Paiement des Actes
23.10.21	C		250.00	INP : 101166619
04.11.21	C		0	Dr MORTANE FOUAD Témoignage N° 2124 1er Liban, Appt. 3 17/10/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES

Numéro du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
Al Wifak 5981	23-10-21	20,90
Hamra Mounia. B1 line. imm. B1 Témaré 1602	4-11-21	160,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Spécialiste en Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/10/21	B 330	400,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VOLET ADHERENT

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

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'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE



الدكتورة فاضلة مرجان

• Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat

اختصاصية في امراض الاطفال والرضع وحديثي الولادة
خربيبة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى الاطفال بالرباط

Témara le, 23 10.21.

El Quah danie Yahya

Ⓐ - sterinal rhume step + protex
bébé
+ pulv 3x1j

Ⓑ - Antitussinum tantaricium
90H
3 gr 3x1j x7j

Ⓒ - Platxa 90H
3 gr 3x1j x7j

Ⓓ - Spinal
1 cap 3x1j x7j

Dr MORJANE Fadila
Lot. Wifak N°3124, 1er Étage, Appart 3
Témara

Tél : 05 37 62 75 75
INPE: 101166619

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.
Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.
06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com

⑤ - Jit D₃ Ban 200000

20.92

1/2 Supraile

ATTADAMOUNT
ADRTHAN Mountain Imm. B1
jet Attadamount Temara
Mag. N° 1 Attadamount 05 05 82
Tel: 05 37 87 05 82
INPF: 102012184

71.10

Sulfur indicator 904

38 Le Soi

18.~

echinacea angustifolia SCH.

5cm

389 le matin

x 2mois

Answers! (

8
9
10

- Onils coccine

18. μ

1 dose / See

Blatta 15CH

I also see the sign

18. ✓

1 x 1 ~~sec~~.

- Serum do Yerseii GGT

1 close all soft
2 x self ^{tilde}

INPE: 102012184
T61 05 37 61 06 62
M 1, AI VILMAR - 100

ADRHAM Mounia
D. 05 37 0 10116664
DRAINI : 10116664
ADRHAM Mounia
B1
Fondation Académique, l'm. Béma
Béma

ADRHAM Mounia
D. 05 37 0 10116664
DRAINI : 10116664
ADRHAM Mounia
B1
Fondation Académique, l'm. Béma
Béma

18.06

- Artemisiae Albae 9 CH

3 g

4 x 1/2

x 5 gr

Dr MORTAJANE Fadila
Lot. Wifak N°3124, 1er étage, Appt. 3
Témara
Tél : 05 37 62 75 75
INPE : 101468619

PHARMACIE ATTADAMOUNE
Dr. LADRHAM Mounia
Projet ATTADAMOUNE
Mag. N° 1, Attadamoune, Imm. B1
Tél : 05 37 61 06 62
INPE : 102012182



Témara le, 04-11-21.

El Deshdami Yahya

④ - Dianik

→ Salter → $10\frac{1}{2}$ d'eaum
→ gefüllt $1\frac{1}{4}$ ltr

60.0

PHARMACIE
Dr. LADRI
Projet Attadann
Mag. N° 1, Alzey
Tel.: 05 376
INPE: 19291

entro germis

1 amp

2 x 1 jy
x 5 jy.

88.

3

Tirfam enfant

1 Sachet

$$3 \times 10^5$$

~~Lot. Wifel N°3124 1er étage. App. 3
Témoignage de: 10/10/1981 à 15:37:52
Signature: S. Djemara
Signature: Radila~~

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارة.

Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com

إِذْكُرْ رَبَّكَ فِي مَا تَنْهَىٰ إِنَّهُ إِلَيْهِ يَرْجُوا مُلْكَهُ

دِيَارِيت

Diarit®

Sels pour le traitement et la prévention
de la déshydratation associée à la diarrhée

Voie orale

LOT : 211307
PER : 07-2023
PPV : 12,30DH



Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants



COOPER
PHARMA

Fabriqué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri 20110 Casablanca.
Amina DAOUDI: Pharmacien responsable

Composition : racecadotril 30 mg pour un sachet-dose.

Excipients : QSP UN SACHET-DOSE

Excipient à effet notoire : saccharose (2,899g par sachet-dose).

Poudre orale en sachet-dose. Boite de 30.

Voie orale.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Produit sous licence bioprojet

Fabricant et conditionneur/ الصانع والمعبأ

SOPHARTEX 21, rue du Pressoir –

28500 Vernouillet France

Titulaire de l'AMM au Maroc /

صاحب رخصة التسجيل في المغرب

Laboratoires Maphar

Km 10, route côtière 111

Quartier industriel,

Zenata-Ain Sebaâ

Maroc

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

TIORFAN® 30mg
Boite de 30 sachets-dose
P.P.V : 88.10 Dhs



Maphar
Km 10, route côtière 111
Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Ce médicament est inscrit sur la liste I.
Il ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

هذا الدواء مسجل على القائمة I.
لا يعطى إلا بناء على وصفة طبية.



Abbott

Enterogermina®

2 milliards/5 ml - 2 billion/5 ml

Spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes
Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii*

Composition : Un flacon contient :

2 milliards de spores de *Bacillus clausii* polyantibio-résistantes

Excipient : Eau purifiée q.s.p. 5 ml. Mode et voie d'administration: Voie orale

Agiter le flacon avant l'emploi. TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTEE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

Medicament non soumis à prescription médicale

Composition: Each bottle contains:

Spores of poly-antibiotic resistant *Bacillus clausii* 2 billion

Excipient: purified water q.s.f. 5 ml. Method and route of administration: For oral use.

Shake the bottle before use. KEEP OUT OF THE SIGHT AND REACH OF CHILDREN.

Read carefully the package insert before use.

Do not store above 30°C.

Over-the-counter medicine.

Indications thérapeutiques

Enterogermina est utilisé pour :

- la prévention et le traitement de l'altération de l'équilibre normal de la flore bactérienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) et des carences en vitamines dans l'organisme consécutives au déséquilibre de la flore bactérienne intestinale (dysvitaminoses endogènes) ;
- le traitement d'appoint dans le rééquilibrage de la flore intestinale perturbée par une antibiothérapie ou tout autre traitement médicamenteux ;
- Le traitement des troubles digestifs aigus et chroniques survenant chez le nourrisson allaité en lien avec une intoxication, un déséquilibre de la flore microbienne intestinale (dysmicrobisme intestinal) ou une carence en vitamines (dysvitaminose).

Therapeutic indications

Enterogermina is used for:

- the prevention and treatment of the alteration of the normal balance of intestinal flora (gut microbiota) and vitamin deficiencies in the body resulting from the imbalance of intestinal flora (endogenous avitaminosis);
- coadjuvant treatment to restore intestinal microbial flora altered during treatment with antibiotics or chemotherapy;
- the treatment of acute and chronic gastro-intestinal diseases of infants caused by poisoning or alteration of the normal balance of intestinal flora (intestinal dysmicrobism) or vitamin deficiencies in the organism (avitaminosis).

10 flacons de 5 ml
10 vials of 5 ml



Posologie: Adultes: 2-3 flacons par jour.

Enfants: 1-2 flacons par jour.

Nourrissons: 1-2 flacons par jour.

Prendre le contenu du flacon tel quel ou le diluer dans de l'eau ou une autre boisson.

Afin d'éviter toute altération du médicament, il doit être pris aussi rapidement que possible après ouverture du flacon.

Posology: Adults: 2-3 vials per day.

Children: 1-2 vials per day.

Infants: 1-2 vials per day.

Take the contents as it is or dilute it in water or any other beverage.

Once open, take the medicine within a short period of time in order to avoid the alteration of medicine.

Sanofi S.p.A.

Viale Luigi Bodio, 37/b
20158 Milan - ITALIE / ITALY

Fabricant / Manufacturer / المصنع

Sanofi S.p.A.
Viale Europa, 11
21040 Origgio (Va) - ITALIE / ITALY

**Ne pas injecter
Do not inject
يجب عدم الحقن**



sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ENTEROGERMINA SUSP OR FLSML B10
P.P.V. : 60DH00

6 1 1 8 0 0 1 0 8 1 6 5 3

3 582910 075455

BATCH MAN 1220

HP411 EXP 1124

54000440

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصـفـة مـطـبـعـة

لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 EMA/21/NNPR



6118001
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



0, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél. : +33(0)1 45 19 10 00

المصنّع / Manufacturer / Fabricant
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Voie orale ou injection I.M.
Tenir hors de la vue et
de la portée des enfants.
A conserver à une température
inférieure à 25°C
et à l'abri de la lumière.

before use. **Read the label carefully**
Oral use or I.M. injection.
Keep out of the sight and
reach of children.
Store below 25°C and away from light.

تحتاج إلى درجة حرارة لا تتجاوز 25°C
لتحقيقها عن الصورة.

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

فستانهن D3 بـ 200 000
لير لـ 1 ملر
لـ 1 ملر
لـ 1 ملر
لـ 1 ملر
لـ 1 ملر

Vitamine D3 B.O.N.[®]
200 000 IU/1 ml
in 1 ml ampoule
Composition:
Cholecalciferol (vitamin D3)
Medium-chain triglycerides

Vitamine D3 B.O.N.[®]
200 000 UI/1 ml
en ampoule de 1 ml

7

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®

Docteur Fadila MORJANE
PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

احترافية في أمراض الأطفال والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الأطفال بالرباط

Témara le, 23. 10. 21

Yahya El Dachdari

④ - NFS

⑤ - Centurie



Dr MORJANE Fadila

Lot. Wifak N°3124, 1er Étage, Appt. 3

Témara

Tél : 05 37 62 75 75

INPE: 101166619

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكري姆 "الخطيب", تجزئة 3124, الوفاق, تمارا.
Apt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

06 61 29 00 67. 05 37 62 75 75. docteurmorjane@gmail.com

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 211001937

TEMARA le 23-10-2021

BB Yahya EL OUAHDANI

N° de dossier : 2110230100

Date de l'examen : 23-10-2021

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	HN	18.66
0154	Ferritine	B	250
0216	Numération formule	B	80

Total des B¹ : 330

TOTAL DOSSIER : 400.00MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams

Le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, **merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales.** Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

Dr Imad EL YAAGOUBI

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

2110230100 – BB Yahya EL OUAHDANI

**مركز التحاليل الطبية
الوفاق**
مختبر للتحاليل الطبية و المختبرة
الجودة، قيمة أساسية في عملنا

د. عmad اليعكوبى

مدير المركز، صيدلاني أحياءى
الرقم الوظيفي الإسلامي المهني: 107163479

Ferritine
(Cobas Roche C311/E411)

34.90 µg/L (6.00–67.00)

02-09-2020

7.88

Interprétation :

Age	Sexe	Valeurs de référence (ug/L)
<1an		12–327
1–3 ans	-	6–67
4–6 ans		4–67
7–12 ans	Féminin	7–84
	Masculin	14–124
13–17 ans	Féminin	13–68
	Masculin	14–152
17–60 ans	Féminin	15–150
17–60 ans	Masculin	30–400

Dr. LANJRI SANAE
Biologiste