

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 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.

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

- 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.

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

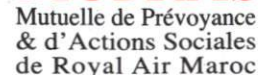
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

- 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.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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

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

Nº M21- 040555

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : (121187)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUERMOUDI Amine

Date de naissance : 19/11/59

Adresse : Lotissement Laineane L N° 46

Tél. : 0661656030 Total des frais engagés : 717,20 Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/21/2022

Nom et prénom du malade: GUARDOIA Anna Age: 70

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

Nature de la maladie : 141910014

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 : 28 / 1 / 92

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
04/01/22			200 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/01/22	517,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div>		MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبر لدى المحاكم

192.20 Casablanca, le : 01.02.2022 في الدار البيضاء.

1. Zolae
58.60
192.20

2. Effopud 20
30 le matin
60.10

3. Ta xelast
14.20

4. Cefaluni
14.30

5. Amofelua
20.10

6. D-50.50
79.00

7. 60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 90 70 88 - الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

EFFIPRED® 20 mg
PPV 58DH40
EXP 10/2024
LOT 19016 4

517.20
DIA KARIM
Op. Assalam
Casablanca
Tél: 05 22 93 22 31

رنيو فيبرال

كبسولات
باراسيتامول - مالبات كلورفينامين - فيتامين س



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع ألم الرأس و / أو حمى

RHINOFEBRAL® 
20 GÉLULES

Paracétamol, Maléate de
chlorphénamine
Acide ascorbique /gélule



6 118000 080497

LOT : 210091
UT AV: 01/2024
PPV : 14,30DH

PPV (DH) : LOT N° : UT.AV :

Maux de tête, migraines, névralgies, état grippal ou fièvre,
douleurs rhumatismales, maux de dents, douleurs pendant les règles.

Poudre orale - 10 sachets

سلفين

HAUTH

CEFALINE

au paracétamol

Formule: Paracétamol 0,500g, Caféine 0,050g. Excipient qsp 1 sachet.

Excipient à effet notoire : Lactose.

POSOLOGIE:

Adultes et enfants à partir de 15 ans : 1 à 6 sachets par 24 heures.

Lire attentivement la notice se trouvant à l'intérieur.

CEFALINE HAUTH 500 mg



Poudre orale - 10 sachets



6

118000140139

LOT : 474
PER : 08/26
PPV : 14,20 DH

ADSP N°: 14DMP/21/NRQ

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.
Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U. CEIP

para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito

importante:

amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.

60HD09
PPV:

580735

Distribue sous licence
par APFROPHAN
27, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

Sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris, France

Fabricant / Manufacturer / المصنع
Sanofi Winthrop Industrie
1, rue de la Vierge
Ambarès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France

Médicament autorisé /
Authorized medicine/
دواء مرخص رقم:
34009 30653074



التكوين: ألفا-أميلاز..... 3000 وحدة CEIP لكل قرص مغلف. سواغ ذو تأثير معروف
صبغة برتقالية صفراء S (E110)، سكاروز، لاکتوز، دواء يصرف من دون وصفة طبية.
المقادير: مخصص للبالغ. قرص واحد 3 مرات يوميا مع وجبات الطعام. لا تمدد فترة المعالجة
أكثر من 5 أيام من دون استشارة طبية. يرجى قراءة النشرة بتعمق قبل الاستعمال.
يحفظ في حرارة لا تزيد عن 25 درجة مئوية. يحفظ بعيدا عن متناول وبصر الأطفال.

ماكسيلاز®
آلام الحلق

للبالغين - ألفا-أميلاز 3000 وحدة CEIP
عن طريق الفم - 24 قرصا مغلفا

Maxilase®

MAUX DE GORGE / SORE THROAT

ADULTE / ADULT ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP

Voie orale / Oral use

24 COMPRIMÉS ENROBÉS
COATED TABLETS

SANOI

Lot/Batch:

Fab/Mfg:

EXP.:



PPV:20DH00
PER:10/24
LOT:K2719

9

بوتاني ن. م.
عن الكايزاريات - عين الشيخ - الدار البيضاء
82 م. البشواتي - مسؤول مسؤول

عن طريق الفم



الكلية



مختصة في العلاج والوقاية

استشارة

نظام

نظام العلاج

باراسيتامول - فيتامين ب - فيتامينات

دوتري

Apixol[®]

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel

100 ml e

Pharmalife
RESEARCH



8 032578 477337

Lot: 210778

À consommer
avant le: 10/2024

PPC: 79,00 DH

Apixol®

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel

200 ml e

Pharmalife
RESEARCH 



8 032578 477337

Lot: 210651
À consommer
avant le: 09/2024

PPC: 79,00 DH

ملغ 500 زيكلار

كلاريثروميسين



احترم المقادير الموصوفة

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة

 Abbott

Fabriqué sous licence par :

Maphar. Km 10, Route côtière 111,
QI-Zenata, Aïn Sebaâ, Casablanca.



ZECLAR 500MG
CP PELL B14

19210