

## **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.

## Radioologie 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.

## Déclaration de Maladie

Nº M21- 040555

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : .....	7469	Société : .....	101487
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
Nom & Prénom : GUERMOUDI Amine			
Date de naissance : .....	19/11/59		
Adresse : .....	Lotissement Laincane 1 N° 46 Casablanca		
Tél. : .....	0661656030	Total des frais engagés : .....	717,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 28/11/99

## RÈLEVE 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
14/07/2022	C		200.00	الدكتور مصطفى مصطفى 60

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	4/01/22	517.20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'OT.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionner, leur apprendre, nécessaires à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

GELERDOKI ANNA

192.20 Casablanca, le : 01.02.2024  
الدار البيضاء، في

1. Zerclar 50  
58,60 14x2/1 50

cepi



2. Effleur 20  
60.10 3cp de magasin

3. Takredast 50  
14.20 14x3/1

517.20

4. Cefalumi 50  
14.30 14x3/1

5. Rhinofluval 2010  
14.00 14x3/1

6. Dazol 50  
79.00 14x3/1

DR. SAID GZOULI KARIM  
Assalam  
Casablanca  
22/03/2024

DR. SAID GZOULI KARIM  
Assalam  
Casablanca  
22/03/2024

60، طريق مولاي التهامي (في مصحة الفضلان الإجتماعية) مازولا - الدار البيضاء -

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél: 0522.40.70.88 - الهاتف: 0522.40.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

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

PPV (DH) : LOT N° : UT AV. :

# رينوفيفبرال

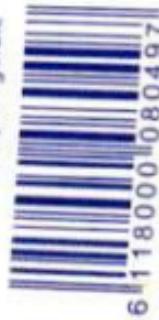
باراسيتامول - ماليلات كلورفنامين - فيتامين سي

كبسولات



RHINOFEBRAL®  
20 GELULES

Paracétamol, Maléate de  
chlorphénamine  
Acide ascorbique /gélule



6118000080497

الزكام مع ألم الرأس و / أو حمى  
علبة من فضة 20 كبسولة

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

Poudre orale - 10 sachets

CEFA  
LINE

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 118000 140139

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

ADSP N°: 14DMP/21/NRQ

Lu 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 ..... 1

#### **Excipientes com efeito**

### Importante:

amarelo alaranjado S (E110), sacarose, lactose

01 НД09

580735  
DISTRIBUITE SOUS LICENCE  
PAR LAPROPHAN  
21, RUE DES DUDRAY  
CASABLANCA - MAROC

**sanofi-aventis France**  
1-13, boulevard Romain Rolland  
75014 Paris, France

**Fabricant / Manufacturer / 制造商**

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

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



3582910 011910

ماكسيلاز®  
آلام الحلق

CEIP للبالغين - ألفا-أميلاز 3000 وحدة  
عن طريق الفم - 24 قرصاً مغلفاً

التركيبة، ألغـاـمـاـلـاـزـ ..... 3000 وحدـةـ CEIPـ كلـ فـرـصـ مـلـفـ.ـ سـوـاـعـ دـوـ تـأـثـيرـ مـعـرـفـ.ـ بـرـفـقـالـيـةـ صـفـرـاءـ (E110)ـ،ـ سـكـارـوـنـ،ـ لـاـكـتـورـ،ـ دـوـاءـ بـرـصـفـ مـنـ دـوـنـ وـصـفـةـ طـبـيـةـ.ـ المـفـدـارـ مـنـصـصـ لـلـلـاـعـالـيـةـ فـرـصـ وـاحـدـ 3ـ مـرـاتـ بـوـمـيـاـ وـجـيـاتـ الطـعـامـ.ـ لـاـ تـمـدـ فـتـرـةـ المـعـالـجـةـ لـاـكـتـرـ 5ـ أـيـامـ مـنـ دـوـنـ اـسـتـشـارـةـ طـبـيـةـ.ـ يـرـجـيـ قـرـاءـةـ الـلـيـشـرـ يـتـمـعـنـ قـبـلـ الـاسـتـهـالـ.ـ يـحـفـظـ فـيـ حـارـةـ لـتـرـدـ عـنـ 25ـ دـرـجـةـ مـوـئـيـةـ يـحـقـطـ عـيـدـاـنـ مـنـ مـتـنـاـولـ وـصـرـ الأـطـفـالـ

Lot/Batch:

Exp. 2

Fäb/Mig...

## MAUX DE GORGE / SORE THROAT

## ADULTE / ADULT

ALPHA-AMYLASE 3000-U.CEIP

### **Voie orale / Oral use**

24 COMPRIMÉS ENROBÉS  
COATED TABLETS

SANOFI

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

9

Digitized by srujanika@gmail.com

ప్రాణికి

સુધી પત્રાની પત્રા



١٣٦



מִרְדֵּסָה

፳፻፲፭

૧૫૮

אנו בראים

କର୍ମକାରୀ-କର୍ମକାରୀ - କର୍ମକାରୀ

ରତ୍ନକର୍ମ

# 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®

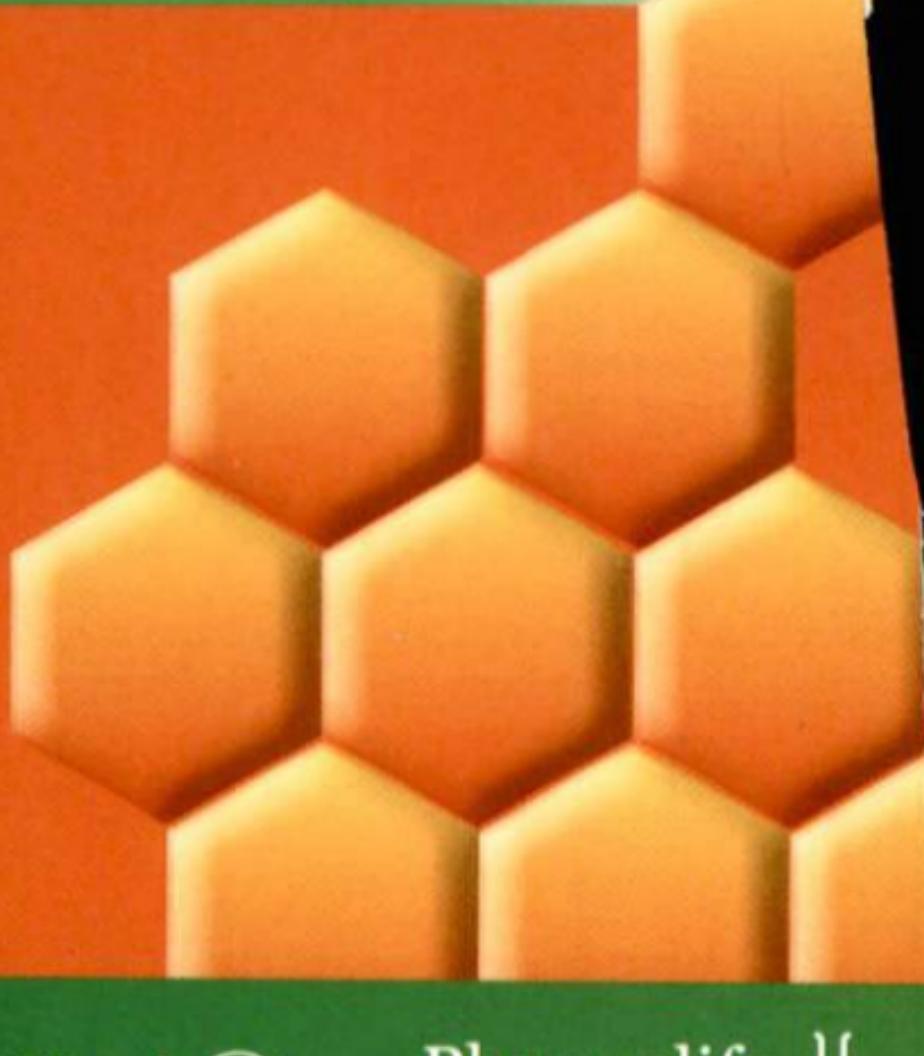
Adultes

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

# زنكلادر® 500 ملغم

كلارثروهيسدين



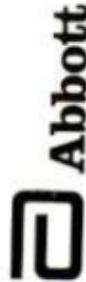
احترم المقاييس الموصوفة  
Respecter les doses prescrite

Uniquement sur ordonnance - Liste  
يصرخ فقط بمحض وصفة طبية - لأنحة



ZECLAR 500MG  
CP PELL B14

لـ



Fabriqué sous licence par :

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

19240