

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

- Reclamation : 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.



Declaration de Maladie

N° W21-705573

11508

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13391 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ASSIMEDDINE El Mehdi

Date de naissance : 26/03/1996

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 355,5

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2022

Nom et prénom du malade : ASSIMEDDINE El Mehdi Age :

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

Nature de la maladie : Angine - coronarite

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Le : 13/05/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13/04/20	c	,	150,00	INP : 091072410

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIA 163, Riad Soufia GHS, Imm, Tél.: 0522 65 04 70	13/04/22	205.50

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIA 163, Riad Soufia GHS, Imm, Tél.: 0522 65 04 70	13/04/22	205.50

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MIA 163, Riad Soufia GHS, Imm, Tél.: 0522 65 04 70	13/04/22	205.50

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

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

SOINS DENTAIRES	Traitées	Nature des Soins	Co
			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Traitées	Nature des Soins	Co
			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	G								
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	B									
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS									
	DATE DU DEVIS									
	DATE DE L'EXECUTION									

	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	D	G								
	00000000 35533411	00000000 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 L'EXE

Dr. Abdelfettah IDRISSI KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

Casablanca, le

13/04/22

الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلف لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لمخمة السيفارة

الدار البيضاء، في

Assimeddine



60.00

AZ 500

5.6

55.10

aprs refes
Oropropolis Spray

5.6

18.00

Deprane vtc
18 eff x 3/4

5.6

PHARMACIE MIA

47.80
Ras. Riad Soufiane GH5, Imm. 1
Tél.: 0522 65 04 70

PHARMACIE MIA

47.80
Ras. Riad Soufiane GH5, Imm. 1
Tél.: 0522 65 04 70

47.80

Dasen

28 x 3/4 x 5/8

5.6

GH25B PO : 35 - الألفة - البيضاء

3, Imm PO : 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulfa - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : ikaitouni@hotmail.com

24.60

Fakdex Collyre

(5.1)

3 fl x 5 g

205.50

PHARMACIE MIA
Rés. Riad Soufia GHS, Imm.
Tél.: 0522 65 04 70

PHARMACIE MIA
Rés. Riad Soufia GHS, Imm.
Tél.: 0522 65 04 70



COMPOSITION

Paracétamol 500 mg, acide ascorbique 150 mg, pour un comprimé effervescent.
Excipient à effet notoire : sodium.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.
Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant de plus de 27 kg. Pour les enfants pesant moins de 27kg, il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

VOIE ORALE. Boire immédiatement après dissolution complète du comprimé dans un grand verre d'eau.
Lire attentivement la notice avant utilisation.
NE LAISSER NI À LA PORTEE NI À LA VUE DES ENFANTS.
A conserver dans l'emballage d'origine, à l'abri de l'humidité.

DolipraneVitimineC®

Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

douleurs et fièvre

16 comprimés effervescents

POSOLOGIE

- Enfant de 27 à 40 kg (environ 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.
- Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.
- Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 comprimés par jour.
- Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.

Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.

..... comprimés/prise
..... fois/jour pendant jours

AMN N° 554/15 DMP/21/NRQ



دولوبران فيتامين س®

بارا صيطامول 500 مغ + فيتامين س 150 مغ

الأوجاع والحمى

b

بوتني بيه
مركز الأورام - عين النسيج - الدار البيضاء
ج. النجاشي - سطات

إقرصا فوراً

07.18 100144

31x31x110 18

18,00

5 4 3 2 1 0
P P P P P P
M M M M M M
R R R R R R
T T T T T T
O O O O O O
T T T T T T
L L L L L L
E E E E E E
N N N N N N
S S S S S S



DolipraneVitimineC®
Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

douleurs et fièvre



DolipraneVitimineC®
Paracétamol 500mg + VitamineC 150mg

16 comprimés effervescents



6 118000 041252

OCMAD

b bottu s.a.
82, Allée des Cèdres - 93100 - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Indications, Contre Indications :
Mises en garde, effets indésirables
et mode d'emploi : voir notice.

مقاوم - كيفية الاستعمال
ارتقادات - حالات عدم الاستعمال

أنظر البيان

351038-03

DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés
gastro-résistants

Vaie orale

عدد الجرعات في اليوم

NOMBRE DE PRISES PAR JOUR

MATIN MIDI SOIR



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubier Rhou El Anoun
Rachas Netres-Casablanca

Composition :

Serrapeptase 10.000 unités.

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

Excipient à effet notoire : Lactose, Colorant jaune orangé S (E110)

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à une température inférieure à 25 °C.

دازين 10.000 وحدة
سرايببتاز

40 قرصا ملبسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سنثيمديك
20 - 22 منطقة زوبر بن العوام
الصحور السوداء - الدار البيضاء

DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants
6 118000 181064

65x20x90

PPV :
EXP :
Lot N° :

AZ[®]
Azithromycine
500 mg
Boîte de 3 comprimés

علبة من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ

أزيد



Lot: J2447
Per: 08/24

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المفادير وكيفية الإستعمال: اقرأ البيان داخل
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi: lire notice intérieure.

يحفظ بعيدا عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité
لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احترسوا الجرعات المحددة
Respecter les doses prescrites

AZ[®]

Azithromycine

500 mg

Boîte de 3 comprimés
Voie Orale



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire: lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ[®] 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH

6 118000 190097



مختبرات جالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

IDEALCO

E AZ B B 2 V FA 02

45x20x100

1



10

OROPROPOLIS
SPRAY BUCCAL
Oral Spray



Indications :

- * Favorise la cicatrisation de la muqueuse bucco-gingivale.
- * Ulcérations de la cavité buccale.

Mode d'emploi :

- * Diriger l'embout vers la zone à traiter et exercer une pression franche.
- * Renouveler l'opération avant chaque repas 4 à 5 fois par jour.

Avertissement et contre indication :

- * Éviter tout contact avec les yeux.
* Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conditions de stockage :

- * A conserver à une température ambiante.

Ingédients :

ALCOHOL, AQUA, PROPOLIS EXTRACT,
EUCALYPTUS GLOBULUS LEAF OIL,
EUGENIA CARYOPHYLLUS BUD OIL,
CINNAMOMUM ZELANICUM BARK OIL

15ml



Laboratoires LABINDUS
Distribué par PHARMASOFT
Zone industrielle Aïn Chel 30000 FESS
Tél : 0535661388 Fax : 05356613918
BP : 5751 Fes - MARROC
Site web : www.pharmasoftlab.ma

LOT: 253
PER: 01/2025
PPC: SS, 10 DHS

OROPROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray

OROPOLIS

SPRAY BUCCAL

Oral Spray



Uses :

- * Promote to cicatrization of the gingival mucosa.
- * Ulceration of the oral cavity.

Application :

- * Direct on the zone to treat, and exert a pressure.
- * Apply before each meal 4 or 5 times per a day.

Warnings and contraindication:

- * Avoid contact with eyes.
- * Don't leave within the reach of children.

IMPRIMEPEL

02/24

6 "749976" 877431

Lot N° 3

Per:

ppc :

Extrait Actif de Propolis

SPRAY BUCCAL
Oral Spray

ORO PROPOLIS