

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 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.

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

N° W21-651598

1A2538

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>1627</i>	Société : <i>R.A.M</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>BELAMINE EL HABIB</i>			
Date de naissance : <i>1986 le 9 Juillet</i>			
Adresse : <i>ville 8 MALLAK 11 le Rte Boueskour</i>			
Tél. : <i>0661169503</i>	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		Dr. Abdelaziz BADRI
Cachet du médecin :		Médecine Générale 129, Rue 25 Hay Mandarou Ain Chock, Casablanca Tél. 05 22 21 33 19
Date de consultation : <i>07 Mai 2022</i>		
Nom et prénom du malade : Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <i>BELAMINE EL HABIB</i>		
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) : *[Signature]*



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
17 Mai 2022	C1	150 M		INP: 091017053 Dr. Abdelaziz BADRI Médecin Générale Boulevard 25 Mai Marocaine Chak Chak Casablanca Tél: 05 22 21 15 19

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AZZARI Dr. Abdelaziz BADRI	21/5/22	1217 500

INPE - N° 092095298

ANALYSES - RADIGRAPHIES

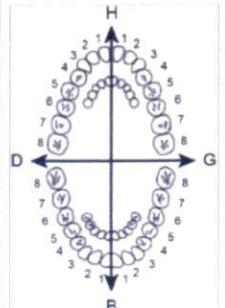
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

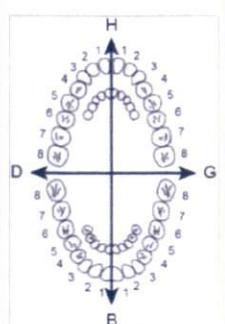
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 07 MAI 2022 لدى المضاء، في

07 MAI 2022

لدار البيضاء، في الثلاثاء، ٢٢ Casablanca, le Tuesday, 22

Belonine Cluasrig

$$\begin{array}{r} 2 \times 314.9 \\ \hline 628.5 \end{array}$$

~~10970 x 3 1/2~~ x 2000
~~- 3200~~
8760 ft. 94

16.6 km. x 3 hrs

~~5790 X 218~~
+ 11318. 1000.

土子 1.5

1940-
58
Such as 500 hrs

$$= \frac{IV g + 3}{12^2} \times 3mg$$

~~28,80 x 30
8640
8640~~ leaves for

~~1217501 n + 3~~

129. Rue 25 Hay Mandarouna, Ain Chock, Casablanca - 129. زنقة 25 حي منطرونا، عين الشق، الدار البيضاء -

Tél.: 05 22 21 33 19 - Gsm : 06 62 24 80 95 - Email : abdelaziz.badril@gmail.com

IF : 52809650 - ICE : 001708214000073 - INP : 091017053

الطبية المختبرات
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
Ville Verte

Dr. Abdelaziz BADRI
Médecine Générale
129, Rue 25 Hay Mardarouna,
Ain Chock, Casablanca
tel.: 06 22 21 53 19

Royalement

199 423

~~Dr. Abdelaziz BZOUR~~
Médecine Générale
129 Rue 25 Hay Mandarotina
Hilal Chock, Casablanca
Tel: 05 22 21 33 19

فيتانيوريل قوي®

بنفوتيامين 100 ملغم

حبة ملمسة 30



PPV
LOT
PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 18000 180593

25X34X79 8

351125

Composition:
Benzotiamine 100 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé
Excipients à effet notoire :
lactose, saccharose
lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

sanofi-synthelab



30 comprimés pelliculés



Laboratoires SYNTHMEDIC
20-22, Rue Zouhour El Aouam - Roches Noires
Casablanca,

فيتانيوريل قوي®

بنفوتيامين 100 ملغم

حبة ملمسة 30



PPV
LOT
PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 18000 180593

351125

Composition:
Benzotiamine 100 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notoire :
lactose, saccharose
lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

sanofi-synthelab



Laboratoires SYNTHMEDIC
20-22, Rue Zouhour El Aouam - Roches Noires
Casablanca,

فيتانيوريل قوي®

بنفوتيامين 100 ملغم

حبة ملمسة 30



PPV
LOT
PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 18000 180593

351125

Composition:
Benzotiamine 100 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notoire :
lactose, saccharose
lire attentivement la notice avant utilisation
ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT

BENFOTIAMINE 100 mg

30 comprimés
pelliculés

Voie orale

sanofi-synthelab



Laboratoires SYNTHMEDIC
20-22, Rue Zouhour El Aouam - Roches Noires
Casablanca,

6

Flacon de 10 ml
Famique per 10 ml. Polymide
Rue major de l'Amour. Quatre-vingt
Gésois - 69360 Houauch. France
Responsable : Pharmacie de Houauch

AMM N° 461/SG/42

PER 10 ml

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES
GOUTTES
ADULTES, ENFANTS

INDICATIONS, CONTRÉE, INDICTION ET
POSOLOGIE
Titrer les doses de 10 gouttes des seringues
à 0,025 g.
Gouttes de l'acétone
1 000 000 U.I.
100 ml
Sulfate de Polymyxine B
0,025 g
Gouttes de l'acétone
1 000 000 U.I.
100 ml
Eosinines 5 ml/ml doses
Nitrate de Préservane 0,5%
100 ml
AMM N° 461/SG/42



6 1 120254
98000 120254

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES 10 ml

CG91460-09

ANTIBIO SYNALAR

1 0 1 4 0
1 9,40



كونتيفلو®
CONTIFLO®

كلور هيدرات تامسولوزين



CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale



60 كبسولة
 ذات تحرير ممد
 عن طريق الفم

0.4 ملغم

GTIN: 1890129610192
Lot: DFC1828D
EXP: 05/2023
S.N.: HFFWTNZEGCM



Composition :

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) 0.4 mg.

Excipients q.s.p. une gélule.

Excipient à effet notoire : Jaune orangé S (E110),
rouge cochenille A (E124), azorubine (E122).

Indications, contre-indications, posologie et précautions
d'emploi: **Lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

التركيبة :

كلور هيدرات تامسولوزين (ت. د. م) 0.4 ملغم

الأسواغ كمية كافية لكل كبسولة.

الأسواغ ذات تأثير معروف: أسلف برتقالي من (E110)

أحمر قرمزي A (E124) ، أزوروبين (E122)

الإرشادات الملتجية: مواعي الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: **فرا النشرة بالداخل.**

يحفظ بعيداً عن متناوله و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.

5127691

CONTIFLO®
Chlorhydrate de Tamsulosine



60 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO®
0.4 mg

60 Gélules
à libération
prolongée
Voie orale



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
NIVEAU 1



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

09
ATFAH

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

كزاريلطو® 15 مغ



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090778

أقراص ملمسة
ريفارو كسبان

14 قرصا ملمسا

Uniquement sur ordonnance
برصمة طبية فقط

Fabriqué par :
Bayer AG
Allemagne

Respecter les doses prescrites
احترموا дозы прописанные

Titulaire de l'AMM au Maroc :
Bayer S.A
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
Casablanca Marina, Tour Ivoire 1, Etage 3
20030 Casablanca.

Bayer

AMM N° 163/2020DMP/21/NRQd



Xarelto® 15 mg

Comprimés pelliculés
Rivaroxaban



14 comprimés pelliculés

1 comprimé contient 15 mg
de rivaroxaban.

Excipient à effet notoire : lactose
Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants

تناول 15 مغ من ريفارو كسبان
وف بتأثيره : لاكتوز
لنم

1. عن أنظار و متناول الأطفال.

كزاريلطو® 15 مغ



XARELTO 15 mg
Rivaroxaban
14 cps

P.P.V : 314,00 DH
Bayer S.A.



6 118001 090778

أقراص ملمسة
ريفارو كسبان

14 قرصا ملمسا

Uniquement sur ordonnance
برصمة طبية فقط

Fabriqué par :
Bayer AG
Allemagne

Respecter les doses prescrites
احترموا дозы прописанные

Titulaire de l'AMM au Maroc :
Bayer S.A
Bd Sidi Mohamed Ben Abdellah
Casablanca Marina, Tour Ivoire 1, Etage 3
20030 Casablanca.

Bayer

AMM N° 163/2020DMP/21/NRQd



Xarelto® 15 mg

Comprimés pelliculés
Rivaroxaban



14 comprimés pelliculés

1 comprimé contient 15 mg
de rivaroxaban.

Excipient à effet notoire : lactose
Voie orale.

Tenir hors de la vue et de la portée
des enfants

تناول على 15 مغ من ريفارو كسبان
وف بتأثيره : لاكتوز
لنم

1. عن أنظار و متناول الأطفال.

1112
10 21 2
9 21 3
8 7 6 5 4

E429C10MCO/X0418



NIVEAU 1
Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Date de première ouverture /
تاريخ أول استعمال

6 118001 100644
CROMABAK 20 mg/ml
Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
PIV : 57.90 DH



كرومابك 20 مل/مل AR

التركيب: كرومابك الصوديوم.....

الفعالية: قمة المفعول: قمة المفعول (شائكة) الصوديوم (اشترى العرين). عسر الهضم (حادي المفعول).

يستخدم هذا محلول قطرات للعين في علاج اعراض العين الدخيلة (الحساسيّة) عن طريق العين. ينفع عدّة قطرة من هذا قطرة العين. ينفع عدّة قطرة من هذا قطرة العين. وبيان (الاطفال). ينفع عدّة قطرة من هذا قطرة العين. يجب عدم الاختباء بهذا الدواء أكثر من 08 ساعات بعد أول استعمال.

يستخدم هذا محلول قطرات للعين في علاج اعراض العين الدخيلة (الحساسيّة) عن طريق العين. ينفع عدّة قطرة من هذا قطرة العين. وبيان (الاطفال). ينفع عدّة قطرة من هذا قطرة العين. يجب عدم الاختباء بهذا الدواء أكثر من 08 ساعات بعد أول استعمال.

المسكّن: **Théa**

المسكّن: **Théa** كرومابك 20 مل/مل

المسكّن: **Théa** كرومابك 20 مل/مل

الجرعات / Dosage :

الجرعات / Dosage :

Théa

Sans conservateur

بدون مادة حافظة

Cromabak®

20 mg/ml

Collyre en solution
Cromoglicate de sodium

كرومابك ②
20 مل/مل

كرومابك ②
20 مل/مل

كرومابك ②
20 مل/مل

المسكّن: **Théa**

المسكّن: **Théa**

المسكّن: **Théa**

المسكّن: **Théa**

Fust. 1449

22

FR Cromabak 20 mg/ml

Cromoglicate de sodium..... 20 mg/ml de solution

Liste des excipients :

Sorbitol, phosphate isodique dodecahydrate, phosphore monosodique dihydrate, eau pour préparations injectables.

Indications d'utilisation :

Ce collyre en solution est indiqué dans le traitement symptomatique de la conjonctivite allergique.

Voie ophthalmique.

TENIR HORS DE LA VUE
ET LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire la notice avant consommation.

Conserver le flacon dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Le flacon ne doit pas être conservé au-delà de 8 semaines après première ouverture.

Médicamente non soumis à prescription

Médicamente autorisé

n° 340934055061

Titulaire: LABORATOIRES THEA

63017 CLERMONT-FERRAND

Cedex 2 - FRANCE

Fabricant : FARMACIA THEA FARMACEUTICI SPA
 Via Ettore Fermi, 30
 SETTIMO MILANESE (MI) - ITALIE

1112
10 21 2
9 21 3
8 7 6 5 4

E429C10MCO/X0418



NIVEAU 1
Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

Date de première ouverture /
تاريخ أول استعمال

6 118001 100644
CROMABAK 20 mg/ml
Collyre, flacon de 10 ml

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
PIV : 57.90 DH



كرومابك 20 مل/مل AR

التركيز: كرومابك 20 مل/مل مطرد

قمة الموجة: كرومابك 20 مل/مل مطرد

الغرض: علاج اعراض المرض البالغ من العمر 12 سنة و اقل.

يستخدم هذا محلول قطرات للعين في علاج اعراض المرض البالغ من العمر 12 سنة و اقل.

يحتوى المحلول على ماء اوكسجينى (الماء).

يجب عدم الاختباء بهذا الماء من الماء.

يجب عدم تناول الماء ابداً.

لا ينصح هذا الماء الى وضعه طبيعياً.

الصالح: تاریخ کارگردانی: 2017-08-08.

فرانس.

المنتج: فرمادي - بيلاليا

فیا ایلیک فرمی 50 - (M) سیپرو میکافیز (M) آن مارک: 27/19/DMP/21/NRQ

للمستحضر بالمدخل: 27/19/DMP/21/NRQ

6 118001 100644
CROMABAK 20 mg/ml
Collyre, flacon de 10 ml

Posologie / Dosage :
المقدار / الجرعة :

Théa

Sans conservateur
بدون مادة حافظة

Cromabak®

20 mg/ml

Collyre en solution
Cromoglicate de sodium

كرومابك 20 مل

محلول قطرات للعين

كرومابك 20 مل

محلول قطرات للعين

كرومابك 10 مل

كرومابك 10 مل

Théa

FR Cromabak 20 mg/ml

Cromoglicate de sodium 20 mg/ml de solution

Liste des excipients :

Sorbitol, phosphate isodique dodecahydrate, phosphore monosodique dihydrate, eau pour préparations injectables.

Indications d'utilisation :

Ce collyre en solution est indiqué dans le traitement symptomatique de la conjonctivite allergique.

Voie ophthalmique.

TENIR HORS DE LA VUE
ET LA PORTEE DES ENFANTS.

Lire la notice avant consommation.

Conserver le flacon dans l'emballage extérieur, à l'abri de la lumière.

Le flacon ne doit pas être conservé au-delà de 8 semaines après première ouverture.

Medicamente non soumis à prescription

Médicamente autorisé
n° 3409934055061

Titulaire: LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blériot
63017 CLERMONT-FERRAND
Cedex 2 - FRANCE

Fabbricati:
FARMACIA THEA FARMACEUTICI SPA
Via Ettore Fermi, 30
SESTO MILANESE (MI) - ITALIA