

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-641907

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11533 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASR MOUNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600 643793 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2022

Nom et prénom du malade : TAFROUTE SIMONANED NOURAD

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) :

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
10/06/12	C		150	INP : 091251136 Dr. Kadiri-Kasmi Monia Médecine Générale 101, 1st. ANNASRE - N°146 06 86 11 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE NOUR VICTORIA</p> <p>Dr. RAHAL Hajar</p> <p>Annam 52F-PR164 N°1 Victoria City</p> <p>05 20 630.38</p> <p>05 20 630.111</p> <p>INPE: 092088962</p>	10/06/22	183,60

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

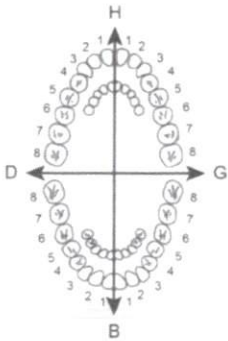
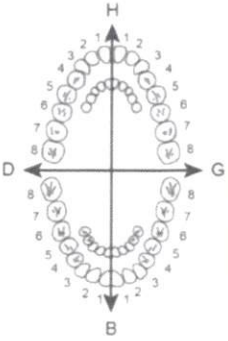
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaille des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Kadiri Kasmi Mohamed

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casa



الدكتور قادري قاسمي محمد

الطب العام

خريج كلية الطب
و الصيدلة الدار البيضاء

ORDONNANCE

Nouaceur, le 10/06/2019

TAFROOTE SI MOHAMED NOURAD

35.20x02
1) Nedral 4mg (S.V)
2cp / le matin avec un peu d'eau

19.30
2) Othivine (S.V)
2cp / 2 fois / 21 jours

24.80
3) EFDOL (S.V)
2cp / 2 fois / 21 jours

22.70
4) Paracetamol (S.V)
1cp / 2 fois / 21 jours

56.60
5) Stilnox 10mg (S.V)
1cp / 1 fois / 15 jours

T= 183,60

PHARMACIE NOUR MOHAMED
Dr. RAHAL Hajar
Annasr. S21-ZR164 N°
06.64.21.83.50
05.20.650.111
LOT: 21E002
PER: 06/2019
STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V: 56DR60
6 118000 1061465

PHARMACIE NOUR MOHAMED
Dr. Kadiri Kasmi Mohamed
Médicine Générale
Annasr. S21-ZR164 N°
06.64.21.83.50
05.20.650.111

الرقم 191 , تجزئة النصر , بلوك 24 , الطابق 1 , أولاد صالح - إقليم النواصر

الهاتف (مستعجلات): 06 34 83 90 56 بريد إلكتروني: kadirikasmi440@gmail.com

ACN0055-17

أوتريفين

1%

لا يجب استعماله عند الرضع والأطفال أقل من 15 سنة
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية
يحفظ بعيدا عن مرأى ومتناول الأطفال
المذرة ليست مملوءة كاملة لأنها تحتاج إلى حد أدنى من الهواء لتسييرها
بعد فتح الفارورة يحتفظ بهذا الدواء لمدة 4 أسابيع

المكونات
كلوهيدرات الكزيلومينازولين 1 ملغ
مادة حافظة كلورور الميثالكونيوم
سواناج ك. ك. 1 ملل

Liste II لائحة II



RESPECTER LES DONNES PRESCRITES
- تأييد الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
يصرف فقط بموجب وصفة طبية



01/16

Otrivine

1%

Décongestionnant
de la muqueuse
nasale



Nébuliseur

Solution 10 ml

gsk

Otrivine

1%

Ne pas avaler.
Ne pas utiliser chez les nourrissons et enfants de moins de 15 ans.
A conserver à une température ne dépassant pas 30° C
Ce médicament doit être tenu hors de la portée des enfants.
Le nébuliseur n'est pas complètement rempli parce qu'il faut un minimum d'air pour son fonctionnement.

A conserver pendant 4 semaines après ouverture du flacon.

Composition :
Chlorhydrate de xylométazoline 1 mg
Conservateur : chlorure de benzalkonium
Excipients q.s.p 1ml

Titulaire de l'AMM :
GlaxoSmithKline Maroc
Ain Aouda Région de Rabat

Informations médicales :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd. Rachidi et Rue
Abou Hamed Al Ghazali,
Casablanca - Maroc

Fabriqué par :
Laboratoires Sothema
82, Boulevard Chefchaoui
ZI Sidi Bernoussi, 20 590
Casablanca

9 11 8000 220738



Otrivine 1%
Solution 10 ml



أوتريفين

1%

مزيل لاحتقان
مغطا الأنف



رذاذي للأنف

محلول 10 ملل

gsk

LOT: M0731
EXP: JAN 2025
PPV: 19,30 DH

Médrol®

Comprimé sécable

4 mg

méthylprednisolone

Médrol® 4 mg ○

30 comprimés sécables

30 comprimés
sécables

6

118000250302



P.P.V

35 10

UT.AV.: 0 4 '2 3 .

LOT N°: 1 3 0 0 8 2 8

09366140/3

COMPOSITION pour un comprimé sécable : méthylprednisolone 4 mg.

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose et saccharose

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale, se reporter à la notice.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

MISES EN GARDE SPECIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.

05/14

Médrol®

méthylprednisolone

30 comprimés sécables

مدرول

قرص قابل للكسر

4 ملغ

مثيلبريدنيزولون



30 قرصا قابلا للكسر

® Marque déposée de Pfizer Inc.

Laboratoires Pfizer S.A.

Km 0,5, Route de Ouadia

El Jadida - MAROC

N° ADSP: 4° DMP/21/INRO

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

فقط و بحسب الوصفة الطبية

Uniquement sur ordonnance

Lire !

Médrol®

Comprimé sécable

4 mg

méthylprednisolone

Médrol® 4 mg ○

30 comprimés sécables

30 comprimés
sécables

6 118000 250302



P.P.V

3 5 1 0

UT.AV.: 0 4 '2 3 .

LOT N°: 1 3 0 0 8 2 8

09366140/3

COMPOSITION pour un comprimé sécable : méthylprednisolone 4 mg.

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose et saccharose

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale, se reporter à la notice.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

MISES EN GARDE SPECIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation.

05/14

Médrol®
4 mg

méthylprednisolone
30 comprimés sécables

مدرول

قرص قابل للكسر

4 ملغ

مثيلبريدنيزولون



30 قرصا قابلا للكسر

® Marque déposée de Pfizer Inc.

Laboratoires Pfizer S.A.
Km 0,5, Route de Ouadia
El Jadida - MAROC

N° ADSP: 4° DMP/21/INRO

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

Lot n°

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسوؤل

22,70

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

ريفلو ميديسين

أكياس 10

مسحوق لتحضير الشراب



Rhinoclear® boîte de 10 sachets

Composition :

- Chaque sachet contient :
- Chlorphénamine maléate..... 4 mg
 - Phénylèphrine chlorhydrate..... 6 mg
 - Salicylamide..... 200 mg
 - Paracétamol..... 400 mg
 - Caféine..... 30 mg
 - Vitamine C..... 300 mg
 - Excipients q.s.p..... 10 g

Excipients à effet notoire : saccharose (8 g par sachet), jaune orangé S.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

التحذير :

كل كيس يحتوي على :

- كلورفينامين مالمات..... 4 مغ
- فينيلرين كلور هيدرات..... 6 مغ
- ساليلاميد..... 200 مغ
- باراسيتامول..... 400 مغ
- كافيين..... 30 مغ
- حامض اسكوربيك..... 300 مغ
- سواغ كمية كافية ل..... 10 غ

لاحة سواغ ذات تأثير معطوم : السكرورز (8 غ في كل كيس)، ملون أصفر برتقالي S.

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.

لا تترك هذا الدواء في متناول الأطفال.