

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-771496

AS3754

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 12986 Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : Art Kechkach hicham

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 69 10 39 61 Total des frais engagés : 456,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
34 RUE SOKRATE F. 33ABAH  
N° 33ABAH  
T. L: 05 22 98 03 46

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 gconfidential 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) :



VOLET ADHÉRENT

Déclarant

### 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
1er 22.11. C.2		1	250	DR EL BEA EDIA AT T. SOUKRÉ FES Tél: 05 22 63 00 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Madame KARTAL FATIMA Pharmacie Achraf Nue Sociale - Marif Casablanca - Tel : 0522 25 22 09	22/11/2012	206,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 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.

### SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES											
Traitées											
H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
D	8	7	6	5	4	3	2	1			G
B											

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

O.D.F PROTHESES DENTAIRES											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
H	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000
D	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	G
B	35533411	11433553									

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Dr . El Hassan EL BENNA

**PEDIATRE**

Diplômé de l'Université de Bordeaux II  
D.U. d'Urgence et Réanimation  
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le ..... 12 - 22 .....

Ait Kech Kech Hanza

89,00



- Stein meer

aut rpa et aut canthe

8,60 x 2



- Doliphen 100 drops pelt 2/  
ufur 1/8

78,60



\* fosamine 250 drops 6  
21,60 1 dox 7.5 x 2 1/8

\* Epipred sirop 4 j  
7 ml - Bennekin

206,40

*Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie Maârif  
Rue Socrate - 34  
Casablanca - Tel 0522252222*

*Dr EL BENNA EL HASSAN  
PEDIATRE  
34 Rue Socrate - Casablanca  
Télé : 0522252222*

## DECONGESTION

### INDICATION OF USE:

STERIMAR® Baby Blocked Nose is a medical device recommended for babies from 3 months in case of colds, rhinitis, or sinusitis to:

Quickly decongest the nose.

Help to fight colds and limit the risks of secondary infection by washing out nasal cavities\*.

Nasal cleansing (if blocked nose) improves the effectiveness of local medicated treatments.

If the nasal mucosa is irritated, feelings of tingling may occur when using.



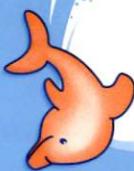
**STERIMAR™**

## BLOCKED NOSE *baby*

Decongests  
Helps to fight colds\*

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.C. 89.00 DH

Sea water  
100% natural



### COMPOSITION :

STERIMAR® Baby  
hyper tonic sea water  
solution\* with hyper salt  
concentration than the human  
body's cells for the quick  
decongestion of the blocked nose.

STERIMAR® sea water benefits from the  
recognised properties of mineral salts and  
marine trace elements and it contains  
an aerosol (aerosol). The solution is held within  
an inner container and does not come into  
contact with the aerosol.

Net volume : 50 ml 0.99



50°C

On first use, spray once to start the system.  
Gently insert the nozzle into the nostril. Spray briefly  
1 to 2 times in each nostril. Let any excess solution  
flow out before wiping the nose.  
From the age of 2, baby's head tilted to the side, gently  
use the nozzle into the uppermost nostril. Press the  
nozzle for approximately 2 seconds. Let any excess  
solution flow out of the other nostril then wipe the nose.  
Repeat the operation in the other nostril if necessary.  
After each use, clean the nozzle with soapy water  
and dry.  
Use 2 to 3 times a day or more until  
decongestion.  
Intended for temporary use if blocked nose.

**RECOMMENDED USE:**  
STERIMAR® sprays are used by breathing  
therapists in the treatment of bronchitis.

- Very gentle spray
- Safe nozzle

Enriched with  
**COPPER**

**H Y P E R T O N I C ..**  
FROM 3 MONTHS TO 3 YEARS OLD

92680 Levallois-Perret Cedex - FRANCE

FUMOUZE  
LAND & SEASIDE

0459

### Warning:

Therapeutic use of nasal spray is not recommended for children under 3 years old. Do not use if you have a cold, fever or any other signs of infection. Do not share the nozzle. Do not use if you have any type of skin reaction or if you are allergic to any of the ingredients.

3 331300 097498 >

LOT

FE2190B  
M: 2022-07  
2025-07

# EFFIPRED®

Prednisolone

Solution buvable



50 ml

EFFIPRED® 1 mg  
Solutioн buvable 50 ml

6 118000 031376

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

دواعي الإستعمال - موانع الإستعمال  
احتياطات الإستعمال:  
أنظر النشرة داخل العلبة

يحفظ بمكان لا تتعدي حرارته  
25 درجة مئوية

لا يترك في متناول الأطفال

AMM N°112DMP/21

لابروفان  
LAPROPHAN

مخابر التحضيرات  
الصيدلية شمال إفريقيا  
21، زنقة الأدوية  
الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES  
DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES  
D'AFRIQUE DU NORD  
21, RUE DES OUDAYA  
CASABLANCA - MAROC

LAPROPHAN



# josacine®

Josamycine

## 250mg/5mL

Granulés pour  
suspension buvable  
Voie orale

1 flacon = 120 doses/kg

Enfants pesant entre 5 et 10 kg

josacine® 250 mg/5 ml

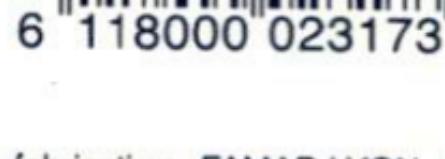
Flacon de 15 g de granulé correspondant

à 60 ml de suspension buvable reconstituée

Distribué par SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 - Bouskoura - Maroc

AMM N° 58/16 DMP/21/NTT



6 118000 023173

Lieu de fabrication : FAMAR LYON - FRANCE

Lieu de contrôle et de conditionnement :

Laboratoires SOTHEMA

Aïn sebaâ, Casablanca - Maroc

LOT : M0227  
EXP : MAR 2025  
PPV : 78,60 DH



PPV 8DH60  
PER 07/25  
LOT L25Q3

10/18  
100041

**POSOLOGIE**

Nourrisson de 3 à 4 kg : 1/2 suppositoire par prise.  
Nourrisson de 5 à 8 kg : 1 suppositoire par prise, 4 prises par jour maximum  
en répartissant les prises à 6 heures d'intervalle.

**MISES EN GARDE SPÉCIALES.** [Lire attentivement la notice].

A conserver à une température inférieure à 30°C.

**VOIE RECTALE**

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

# Doliprane® PARACETAMOL 100 mg



**DOULEURS  
FIEVRE**

10 SUPPOSITOIRES SECABLES

**b**

bottlu s.a.  
B2, Allée des Casuarinas - Alm Sella - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



PPV 8DH60  
PER 07/25  
LOT L25Q3

10/18  
100041

**POSOLOGIE**

Nourrisson de 3 à 4 kg : 1/2 suppositoire par prise.  
Nourrisson de 5 à 8 kg : 1 suppositoire par prise, 4 prises par jour maximum  
en répartissant les prises à 6 heures d'intervalle.

**MISES EN GARDE SPÉCIALES.** [Lire attentivement la notice].

A conserver à une température inférieure à 30°C.

**VOIE RECTALE**

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

# Doliprane® PARACETAMOL 100 mg



**DOULEURS  
FIEVRE**

10 SUPPOSITOIRES SECABLES

**b**

bottlu s.a.  
B2, Allée des Casuarinas - Alm Sella - Casablanca  
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

