

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0053685

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1307 Société : Retraité
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Messaoui Halima Saadia
 Date de naissance : 01/04/1946
 Adresse : 32, Rue Leonard de Vinci
 Bd Mohammed VI Casablanca
 Tél. : 0671823641 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06 AVR 2023
 Nom et prénom du malade : Messaoui Halima Saadia Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Fracture
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casablanca Le : 06/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

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
06 AVR 2023				دكتور سعيد الكرواني طبيب محلف خفي لدى المحكمة INPE: 091069666 (فقيه الحسني) - الدار البيضاء مارولا - الحي الحسني - الدار البيضاء الهاتف: 022 90 70 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WATU 153 Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Bordj Ghellaf - Casablanca Tél: 0522 25 25 25 INPE: 092078383	06/04/23	179,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

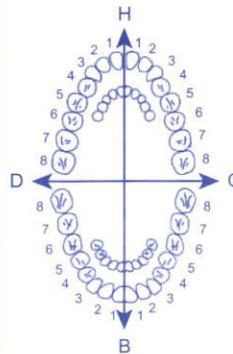
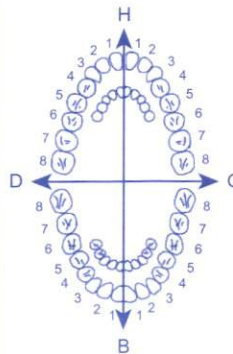
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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																
				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																		
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	G																		
	[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

Docteur Saïd GZOUli

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 06-04-2023 في الدار البيضاء

52,20
HAYSSANI HAYSSA Sandra

1. Prospan sus
22,70

S.V.

PHARMACIE WAIC
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Bordj Ghellaf - Casablanca
Tél. : 05 22 90 70 88

2. Rinomucina
49,90

S.V.

PPV: 49 D 90

neur.
s.
ant pas

3. Rancipher 10
55,10

S.V.

4. D Cure Noum
= 179,90

S.V.

PHARMACIE WAIC
153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Bordj Ghellaf - Casablanca

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خبير لدى القضاة
(قرب مستشفى مولاي التهامي)
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22 90 70 88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22 90 70 88 - الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

RINOMICINE®

Compo
Chaque
- Chlor
- Phén
- Salic
- Para
- Caté
- Vilai
- Exci
Excit
par s
A cc
dép
NE EN



Rinomicine® boîte de 10 sachets

FORME ET PRÉ
Poudre pour solut

COMPOSITION :

Chlorhydrate de
Phénylphénylamine m

Paracétamol
Caféine

Vitamine C
Excipients q.s.p.

Excipients à effet

PROPRIÉTÉS :

Elles procèdent
- La Chlorphéna

nasale,
- La phénylphé

décongestion et
- Le paracétam

antipyrétique.
- La catéine agit

lles à la chlorph
- La vitamine C

avec la catéine
INDICATIONS :

Rinomicine® est
Etats grippaux ;

(telles que mau
CONTR. INDIC

notamment :
- D'hyperpression artérielle sévère ou mal équilibrée ;

- D'antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de facteurs de risque susceptibles
de favoriser la survenue d'AVC, en raison de l'activité sympathomimétique alpha du

vasoconstricteur ;
- D'insuffisance coronarienne sévère ;

- D'antécédents de convulsions ;
- D'hyper-sensibilité à l'un des composants ;

- D'adénome de la prostate ;
- De glaucome ;

- D'insuffisance hépatocellulaire ;
- D'insuffisance rénale ;
- D'ulcère gastroduodénal ;
- D'antécédent d'hémorragies digestives liées à la prise de l'acide acétylsalicylique
et/ou un anti-inflammatoire non stéroïdien ;
- Au troisième trimestre de la grossesse ;
- D'asthme.
CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN
VOTRE PHARMACIEN.

محتويات الصبغة فارما 4
تاسمين الحلو فينيلي مسؤول

EMPLOI :

EMENT :

CIEN.

AS HESITERA A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDICIN.

nt danger d'associer entre eux deux médicaments.

Journalière de la teneur en saccharose (8 g par sachet).

un déficit en sucrase (somalase).

tolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du

du saccharose, son utilisation est déconseillée chez les

ment l'absorption d'alcool est déconseillée.

édicament régulier est nécessaire.

longe ou à forte dose, d'asthme, de diabète, d'insuffisance

dehant, d'hémorragie digestive, de traitement anticoagulant

50 Kg : la dose totale de paracétamol ne doit pas excéder

de surdosage, vérifier l'absence du paracétamol et du salicylamide

autres médicaments.

uniquement à l'adulte.

EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

ET GENANT QUI NE SERAIT PAS MENTIONNE DANS CETTE NOTICE.
A VOTRE MEDICIN OU A VOTRE PHARMACIEN TOUT EFFET NON
t : éruptions cutanées, troubles hématologiques.
uent : sensation légère de sécheresse de la bouche.

S SECONDAIRES :

La durée maximale de traitement ne doit pas excéder 5 jours.
La posologie maximale journalière ne doit pas être dépassée.
immédiatement.
Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet
toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.
Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire
immédiatement.

DURÉE DU TRAITEMENT

CONSERVATION :

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.
Ne pas dépasser la date de péremption figurant sur le conditionnement extérieur.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

LABORATOIRES PHARMACIEN PHARMA 5
21, Rue des Asphodèles - Casablanca

PROSPAN®

Sir

PROSPAN® Sirop 200 ml

PPV : 52.20 CH



a toux



• Sans sucre • Sans alcool • Sans colorant
• Mucolytique • spasmolytique • soulage la toux
Adultes et Enfants

	pour 100 ml
COMP	
Lierre	0,700 g
Excipients : sorbitol à 70% (cristallisable)	55,000 g
Sorbate de potassium :	0,134 g
Eau purifiée, arôme cerise, gomme xanthane, acide citrique anhydre.	

PRÉSENTATION : Flacon de 200ml et 100 ml.

CLASSE PHARMACO - THÉRAPEUTIQUE : Médicament de Phytothérapie à visée expectorante.

PROPRIÉTÉS : • Mucolytique • Spasmolytique • Soulage la toux.

INDICATIONS : Le sirop PROSPAN est traditionnellement utilisé :

- Dans le traitement symptomatique de la toux.
- Au cours des affections bronchiques aiguës bénignes.

ATTENTION ! En raison de la présence de sorbitol, ce médicament NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ en cas d'intolérance au fructose (maladie héréditaire rare).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

MISES EN GARDES SPÉCIALES :

ATTENTION : Si les symptômes persistent plus de cinq jours, consulter votre médecin.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS : L'utilisation simultanée du Prospan avec d'autres médicaments n'a pas d'effet nuisible, c'est pourquoi ce médicament peut être combiné, sans aucun

٤٣

د-كير[®]

2400 وحدة دولية، قطرات للشرب

كوليكالسيفيرول
(فيتامين د3)



علاج بالفيتامين د

الرجع قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Lot n° :

55, 10

EXP :

PPV :



6118001320158