

## 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

- 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° W21-802643

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9401 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ARESMOUK AZIZ  
 Date de naissance : 18/05/73  
 Adresse : N-51 Rue 3. 6t Guynemer. CBASIS Casablanca  
 Tél. : 0664001666 Total des frais engagés : 525,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Marouane HAKAM  
 Médecine générale  
 89, Bd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
 Val fleuri - Casablanca  
 Tél : 05 22 25 87 48 - INPE : 091262782

Date de consultation : 22/05/2023  
 Nom et prénom du malade : ARESMOUK Aziz Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 Nature de la maladie : Elak ginnal  
 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 : 22/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

017 INP: 621 621 621  
Docteur Martine Mergé  
Médecine, 17ème Etg  
89, Bd St-Jacques, 75014 Paris  
Val de France - INPE: 091232782

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE BAHRA</b>            Lot Guynemer Rue 2,            N°20 - Casablanca            Tél: 0522 98 19 09</p>	22/05/23	325,00

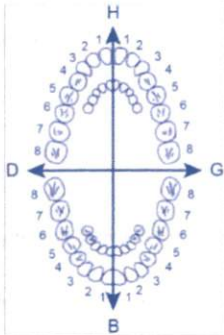
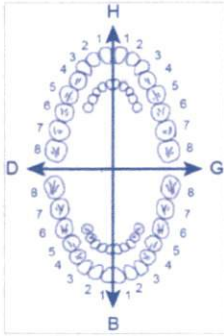
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--

FIN  
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 11 piers. The piers are numbered 1 through 11, starting from the left and moving right. The top of the arch is labeled 'H', the bottom is labeled 'B', and the left side is labeled 'D'.

DATE DE  
L'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The diagram shows the bridge's structure and the numbering of the piers.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Marouane HAKAM

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne des hôpitaux de Casablanca

الدكتور مروان حكم

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
داخلي سابق بمستشفيات الدار البيضاء

OMNIPRATICIEN

طبيب عام

Gériatrie – Gériatologie  
Suivi des maladies chroniques  
Troubles du sommeil  
Douleurs chroniques

Echographie  
Electrocardiographie

طب الشيخوخة

متابعة الأمراض المزمنة

اضطرابات النوم

الآلام المزمنة

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

22/05/2023



MLLE ARESMOUK LINA

14,00 • **Doliprane 1g - comprimé sécable**

1 Comprimé, Ttes les 6 h si fièvre, frissons ou douleur

54,00 • **Hivernex - sachet**

1 sachet matin est soir pendant 5 jours

40,00 • **Biomylase - sirop**

1 cuillère, matin midi, soir pendant 1 semaine

30,00 • **Humex 0,30 g / 0,03 g - collutoire**

1 dose jusqu'à 6 fois par jour pendant 1 semaine

98,00 • **Puressentiel Spray Nasal Décongestionnant - spray nasal**

1 Pulvérisation dans chaque narine, matin midi et soir pendant 1 semaine

89,00 • **Otolaya - Application**

1 application 1 à 2 fois par semaine

**PHARMACIE BARRA**  
Lot Guymener Rue 2,  
N°20 - Oasis Casablanca  
Tél: 0522 98 19 09

**Docteur Marouane HAKAM**  
Médecine générale  
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème Etg  
Val fleuri - Casablanca  
Tél: 05 22 25 87 48 - INPE : 091262782



Tél: 05 22 25 87 48 – email: m.hakam@gmail.com  
89, Bvd Stendhal, Apt 7 3ème étage. Val fleuri – Casablanca  
89, شارع سطنال ، رقم 7 الطابق 3. فال فلوري - الدار البيضاء.



POLYMEDIC

بیومیزز®

200 U.CEIP/ml

40/00



LOT 104576/FC6  
05/2025 PPF 54.00



10 Sticks  
Arôme orange

Complément à base d'édulcorant - Poids net 35 g

Zinc, Glycérine, Acide citrique,  
Gom Acacia-Xanthane,  
Potassium Sorbate,  
Acésulfame de potassium,  
Sucralose, Arôme Caramel,  
Eau.

#### Propriétés :

**Hivernex® sirop** est composé de plantes dont les propriétés sont bénéfiques pour corriger les symptômes hivernaux (écoulement nasal, toux, éternuement et fatigue). **Hivernex® sirop** permet de renforcer le système immunitaire avec l'Echinacée, Cassis, Vit C, Propolis, Zinc et Gelée Royale.

#### Conseils d'utilisation :

Agiter avant utilisation  
• Enfants à partir de 3 ans : 1 à 2 cuillérées à café trois fois par jour.  
• Adultes : 1 cuillérée à soupe, 3 fois par jour

#### Limites d'utilisation :

• Ne pas utiliser en cas d'allergie ou d'intolérance à l'un des composants.  
• Ne pas laisser à la portée des jeunes enfants.  
• Ne remplace pas une alimentation équilibrée.  
• Une fois le flacon entamé, il doit être utilisé dans le mois suivant son ouverture.

Fabriqué par Phytéo  
Laboratoires  
Exploitant RAMOPHARM

Complément Alimentaire n'est pas un médicament

Syrup  
SANS

Vitamine C: 60 mg), Zinc  
Gluconate (Zinc: 5 mg),  
Glycerin, Citric Acid, Gom  
Acacia-Xanthan, Potassium  
Sorbate, Acesulfame  
Potassium, Sucralose, Caramel  
Flavor, Water.

#### Properties :

**Hivernex® syrup** is composed of plants whose properties are beneficial for correcting winter symptoms (runny nose, coughing, sneezing and tiredness). **Hivernex® syrup** helps strengthen the immune system with Echinacea, Blackcurrant, Vit C, Propolis and Zinc and Royal Jelly.

#### Dosage :

Shake before use  
• Children from 3 years old: 1 to 2 teaspoons three times a day.  
• Adults: 1 tablespoon, 3 times a day

#### Limits of use :

• Do not use in case of allergy or intolerance to any of the components.  
• Do not leave within the reach of young children.  
• Does not replace a balanced diet.  
• Once the bottle has been opened, it must be used in the month following its opening.

Produced by Phytéo Laboratoires  
Exploitant RAMOPHARM

Dietary product is not a medicine

هيفرنكس® محلول

ضد الأعراض الشتوية

الشكل، والتقديم : محلول من 150 مل، بدون سكر وبدون كحول.

#### التركيب :

شمنسا بوربوريا، أوراق عنب الثعلب، ملكة السوائل القريبية، بلاتنين لاثولي، عضوي ملكي، حمض الأسكوربيك، حامض الزنك، غلوكونات، الجليسرين، حامض الستريك، حامض أكاسيا زانتان، سوربات البوتاسيوم، أسيسولفام بوتاسيوم، سوكرالوسي، نكهة الكراميل، ماء.

#### الخصائص :

يتكون هيفرنكس® محلول من نباتات ذات خصائص مفيدة لتصحيح أعراض الشتاء (سيلان الأنف والسعال والعطس والتعب).

يساعد على تقوية جهاز المناعة مع إشنسا، مستخلص أوراق كاسيس، فيتامين سي، بروبوليس، الزنك وغذاء ملكات النحل.

#### كيفية الاستعمال :

يهر قبل الاستعمال.

• الأطفال من عمر 3 سنوات :

1 إلى 2 ملعقة شاي.

• للبالغين :

1 ملعقة كبيرة، 3 مرات في اليوم.

#### حدود الاستخدام :

• لا تستخدم في حالة الحساسية أو التعصب لأي المكونات.

• لا يترك في متناول الأطفال الصغار.

• لا يحل محل نظام غذائي متوازن.

• بمجرد فتح الزجاجة، يجب استخدامه في الشهر التالي لفتحته.

صنع بمختبرات فيتيو

المستقل «راموفارم»

مكمل غذائي وليس بدواء



D  
PARA

PER: 14BH00  
PER: 02/26  
LOT: M541

00 mg  
Comprimé

## DOLIPRANE®

La substance active est le paracétamol, sous forme de paracétamol DC 90 (1111,11 mg), comprimé.

Les autres composants sont : croscarmellose sodique, povidone K30, amidon de maïs pré-gélatinisé, acide stéarique (origine végétale).

### QU'EST-CE QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUEL CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose.

**Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :**

Lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

### QUELLES SONT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

#### Contre-indications :

**Ne pas prendre DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :**  
allergie connue au paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

### PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

#### Précautions Particulières :

Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité insuffisante ou de survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans l'avis de votre médecin.

En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

#### Mises en garde :

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

**Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").**

#### Grossesse et allaitement :

Le Paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

