

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026312

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 78-79 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : F. R. AZIZA
Date de naissance : 4/12/1963
Adresse :
Tél : 06 76 71 10 Total des frais engagés : 534,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2023
Nom et prénom du malade : F. R. AZIZA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite aiguë + Dysthyroïdie
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 : 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
05/06/2013	C1		200,00	Dr. BETTACHE Achraf Médecine Générale Bd Oued Tassoul - 30 N36 Oulfa - Casablanca Tél : 06 49 35 06 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZEKRI Abdelati 12012-1214 Bd Oued Tassoul Tél : 0522 90 51 13	05/06/2013	334,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

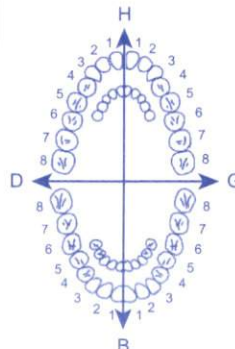
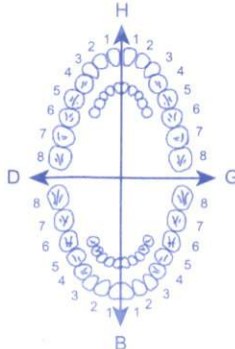
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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>D</td> <td>G</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> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le : 05/06/2023

Mme FIKRI ABIDA

44,30 1) Revazine
1 prise lj

79,70 2) Azix 500mg
1 prise lj

48,70 3) Solupred 20mg
3 pr lj

20,100 4) Doligrupie
1 sachet x 2 lj

69,100 5) Doximax 100mg
1 cas x 3 lj

24,400 x 3 6) Levothyrox 100µg (03 Boites)
1 pr lj

T = 334,90

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N°36
Oulfa - Casablanca
Tél : 06 45 55 06 54

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

LOT: 220738
PLUO: 10/2025
69,00 DH

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N°36
Oulfa - Casablanca
Tél : 06 45 55 06 54

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Malate de Phénylramine



Granulés pour solution buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, portez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament

Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

500 mg
200 mg
25 mg

Paracétamol
Composition qualitative et quantitative en excipients :
Malate de Phénylramine
Acide Ascorbique (Vitamine C)
Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, diclirato trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges.
Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A(E124), Malodextrine, Eau, Gomme Arabique (E414), Acide Ascorbique E300, Inosinate E1318, Sulfate de sodium E514.
Excipients à effet notoire
Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).
CLASSE PHARMACO-THÉRAPEUTIQUE ou le type d'activité
MÉDICAMENTS DU PHARMACIEN pour solution buvable
DoliGrippe

Indications thérapeutiques
• Une action
• Une action
aux phénomènes
• Une action
Des maux de
Posologie
• De l'écoulement
• Des étourdissements
• Des étourdissements
Posologie
I sachet à renouveler
Réservoir à l'adulteration
Mode d'administration
Les sachets doivent
Au cours des états
Durée du traitement
La durée maximale
Fréquence d'administration
En cas d'insuffisance
moins 8 heures.
Contre-indications
Ne prenez jamais
En cas d'antécédents
• Enfant de moins de
• En cas d'antécédents
• En cas de difficultés
• En cas de phénylcétonurie
• En cas de phénylcétonurie
Vous ne devez généralement
colligement
EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MÉDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

PPV:20DH00
PER:12/25
LOT:I.4058



Azix®

Azithromycine

COMPOSITION ET PRESENTATION :

Comprimé 500 mg sécable, boîte de 3

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Traitement des infections dues aux germes sensibles telles que :

- infections respiratoires hautes : otite moyenne, sinusite, angine et pharyngite;
- infections respiratoires basses (y compris bronchite et pneumonie);
- infections odontostomatologiques;
- infections cutanées;
- infections des tissus mous;
- urétrites et cervicites non gonococciques (chlamydia trachomatis).

CONTRE-INDICATIONS :

- Antécédents d'allergie à l'azithromycine et aux macrolides.
- Insuffisance hépatique sévère.

MISES EN GARDE :

- Toute manifestation allergique (éruption cutanée, démangeaison ...) en cours de traitement doit être signalée immédiatement à votre médecin.
- Signaler au médecin traitant toute allergie ou manifestation allergique survenue lors de traitements par les antibiotiques de la famille des macrolides.
- Ce médicament ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une maladie hépatique.
- En l'absence de données, l'association aux dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Prévenir le médecin traitant en cas de :
Insuffisance hépatique, antécédents d'origine allergique, prise concomitante de médicaments, grossesse, allaitement.

EFFETS INDESIRABLES :

- Troubles digestifs : nausées, vomissements, diarrhées, douleurs abdominales.
- Manifestations allergiques; prurit.

POSOLOGIE :

Se conformer à la prescription médicale.
Adulte et enfant de plus de 45 kg :
en une prise par jour pendant 3 jours.

MODE D'ADMINISTRATION

Azix peut être pris pendant ou après un repas (LISTE I).

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3286



idemco 10 rue

Pevagine®

Nitrate d'Econazole

Composition :

Produits Composition	PEVAGINE® Ovule	PEVAGINE® Crème
Nitrate d'Econazole	150 mg	1 g
Excipients q.s.p	1 ovule	100 g

Propriétés :

Nitrate d'Econazole est un dérivé imidazolé à action antifongique possédant un spectre d'action extrêmement large : il est actif, in vitro sur pratiquement tous les champignons pathogènes ainsi que sur les bactéries gram positif.

Indications :

Pevagine est indiqué dans le pityriasis versicolor, les candidoses, les dermatophytoses de la peau glabre et des plis.
Pevagine ovules est indiqué dans le traitement des mycoses vaginales, surinfectées ou non par des bactéries.
Son activité sur les bactéries gram+ en indique l'usage en monothérapie dans les dermatomycoses surinfectées.

Contre-indications :

Hypersensibilité au nitrate d'econazole.

Effets indésirables :

Rares: sensation de brûlures, prurit et rougeur de la peau.

Posologie :

- Crème dermique :
application matin et soir en massage doux jusqu'à pénétration complète.

- Ovules gynéc
1 Ovule à intro cher.

Présentation

- Crème dermiq
- Ovules gynéc
150mg.

Crème: A conse

Ovules: A conse

Merck Santé
main
DEX 08

1 CP		MATIN A JEUN
1/2 CP		

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



Merck Santé
main
DEX 08

1 CP		MATIN A JEUN
1/2 CP		

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



Merck Santé
main
DEX 08

1 CP		MATIN A JEUN
1/2 CP		

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH



7862160342