

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
N° P19-0027269

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

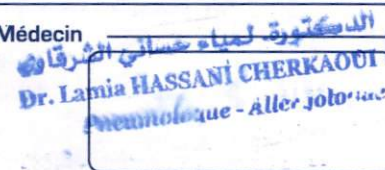
☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12583 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OUZZINE ALAEDDINE
 Date de naissance : 22/04/1985
 Adresse : RES 6700, GH ALK ABZA, TAA, ALK 9, OUSA, CASA
 Tél. : 0661 349706 Total des frais engagés : 501,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/07/2023
 Nom et prénom du malade : OUZZINE ALAEDDINE
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée
 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 : Casa Le : 12/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
05/07/13	G	210		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/07/13	251,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

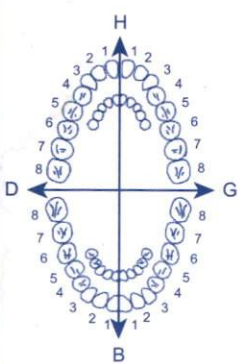
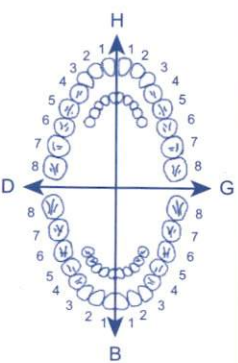
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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>		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																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. Lamia HASSANI CHERKAOU

Pneumo-Allergologue

Diplômée de la faculté de Médecine de l'Université
Hassan II de Casablanca

Ancienne Interne de CHU Ibn Rochd

Ancienne Résidente au service de pneumologie Hôpital 20 Août

Ancienne pneumologue au CDTMR Saâda à Hay Mohammadi

Ex. Déléguée du Ministère de la santé à la préfecture

d'Arrondissement Ain Chock

Spécialiste des Maladies Respiratoires

Asthme - Allergies Respiratoires - tuberculose - Tests cutanés

Pathologie du Sommeil - Sevrage Tabagique - Spirométrie



الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي

طبيبة إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريجة جامعة الحسن الثاني للطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة أمراض الجهاز التنفسي سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيبة أمراض الجهاز التنفسي سابقا بمركز تشخيص داء السل

و الأمراض التنفسية بالحي المحمدي

مندوبة وزارة الصحة سابقا بعمالة مقاطعة عين الشق

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي - الضيقة ، داء السل

أمراض الحساسية - الإقلاع عن التدخين - أمراض النوم

Casablanca le 05/07/2023 في الدار البيضاء

Mr Ouzzine Alaa-Eddine

1) Mazax 500

1cp le 1er jour puis

½ cp/jour pendant 06 jours

2) D-Cure Forte

01 ampoule/semaine

3) Zinaskin 45 mg

01 cp matin et soir pendant 10 jours

4) Vita C 1000

01 cp le matin et à midi pendant 10 jours

5) Doliprane 1g

01 cp 3x/jour

A revoir dans 15 jours

الدكتورة لمياء حساني الشرقاوي
Dr. Lamia HASSANI CHERKAOU
Pneumologue - Allergologue

485 ، حي الألفة شارع أم الربيع أمام مختبر كريم لاب فوق وكالة البنك الشعبي الدار البيضاء

485, Bd Oued Oum Rabii Oulfa au dessus de l'Agence de la Banque Populaire
en face du Laboratoire << KARIMLAB >>, Casablanca

☎ 05 22 69 24 21 / Urgences: 06 61 89 84 25 / ✉ hassani.lamia@yahoo.fr

دوليبيران®

باراڤيتامول

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

1000 ملغ

10 أقراص قابلة للكسر



6 11 8000 040972

الأوجاع و الحمى

للكبُر

COMPOSITION :

Paracétamol 1000 mg

Excipients qsp un comprimé

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, la douleur de l'arthrose.

Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (soit environ à partir de 15 ans).

1000 ملغ

التوكية :

باراڤيتامول

سوانات كمية كافية لقرص واحد.

مواحي استعمال : يتم استخدامه لعلاج آلام أو الحمى على سبيل المثال في

حالة الصداع والأنفلونزا و آلام الجسم و آلام الدورة الشهرية. وادم

إلذاب المقاس.

هذا لتقديم مقصود للبالغين والأطفال من 50 كغ فما فوق (حوالي 15 سنة).

Doliprane®
Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

Adulte

PPV: 14DH00
PER: 05/26
LOT: M1877

محافظة القاهرة



20

(محافظة القاهرة)



Vita C1000

Vita C1000®

PPV 26DH90

EXP 04/2026
LOT 32044 11

مستعمل للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.
الجرعات - دواقي الاستعمال - مواعيد الاستعمال - كيفية الاستعمال.
أنظر لشرح

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقا بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Tubo a conservare bien fermé a l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراي الأطفال.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Vita C1000®
20 comprimés effervescents



AMM N° 02 DMP/21

PPV:49,60 DH
LOT: 23C14
EXP: 03/2026

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



كواليتي سوليوشن 100 000 وحدة بولي
D3 فيتامين

قوي® كتر-ن

3 أمانول للشرب

Fabrique par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



دواعي الاستعمال - الجرعات - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال -

نظير التبريد

INDICATIONS - POSOLOGIE - CONTRE-INDICATIONS

MODE D'EMPLOI : Voir notice

Voie orale

عن طريق الفم

يحتفظ الأنبوب مغلقا بإحكام بعيدا عن الحرارة والرطوبة.

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescents



6 118000

032090

محابر المستحضرات الصيدلانية لبريقيا - 21، زقة الأولى - للدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC



Laprophan
للبروقال

Laprophan
للبروقال



20 قرص فاعل



45 ملجم

(سولفات الزنك)

زيناسكين®

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058 53

20 comprimés effervescents

MAZAX[®] 500 mg 3 Comprimés 



Composition :

Azithromycine dihydrate équivalent à l'azithromycine anhydre..... 500 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Lire attentivement la notice avant utilisation

*Ne pas laisser ce médicament à la vue et à la portée
des enfants*

Respecter les doses prescrites

Liste I
Uniquement sur ordonnance

AMM : 468/15 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharmaceutiques Pharmed
21, Quartier Burger - Casablanca

MAZAX[®]
Azithromycine



Antibiotique

3 comprimés pelliculés

500 mg

LOT : 1753
PER : 01 - 25
P.P.V : 60 DH 00



Pharmedia

Laboratoires Pharmaceutiques



Voie orale

MAZAX® 500 mg 3 Comprimés

Composition :

Azithromycine dihydrate équivalent à l'azithromycine anhydre..... 500 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Respecter les doses prescrites

Liste I
Uniquement sur ordonnance

AMM : 468/15 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharmaceutiques Pharmes
21, Quartier Burger - Casablanca



Lire attentivement la notice avant utilisation

Ne pas laisser ce médicament à la vue et à la portée des enfants

MAZAX®
Azithromycine



Antibiotique

3 comprimés pelliculés

500 mg



Pharmes

Laboratoires Pharmaceutiques

LOT : 3112
UT. AV : 08-23
P.P.V : 60 DH 00



Voie orale