

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.

N° W21-814843

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **41201**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MARIA MONCEF**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **0622784126**

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **10/10/2013**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 nécessaires à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



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
10/10/2023	so	so	2500€	 Dr. Salma BENHABIB Médecin Généraliste N° de la carte : 01173128940001 Code : CE N° de téléphone : 0911173555 N° de la carte : 0911173555 Code : CE N° de la carte : 0911173555 Code : CE 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMERIA DR. MALEK ABDERRAHMANE</i>	10.10.12.3	668,80.

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.							
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>					
		CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession				

Dr. Salma BENKIRANE

**Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd**

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل والرضع
والحساسية ومرض الربو
المعالجة الأميو芭اتية
طبية داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : 10/10/2023 الدار البيضاء في :

MALKI AYA

18.50

1) ARSENICUM ALBUM -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours

av aujourd'hui

18.50

2) NUX VOMICA -T/9 CH

3 granules 4 fois par jour pdt 5 jour

19.50

3) HYDRASTIS CANADEN -T/5 CH

3 GRANULES 4FOIS PAR JOUR PENDANT 5 JOURS

19.50

4) ANTIBIO SYNALAR G. AURI

2 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours

18.50

5) POUMON HISTAMINE -T/15 CH

3 granules 4 fois par jour pendant 5 jours puis 3 granules matin et soir pendant 1 mois

18.50

6) SILICEA -T/15 CH

3 granules par jours pdt 1 mois puis 10 granules par semaine pdt 2 mois

125,00 ad

7) LYCOPodium CLAVAT -T/15 CH

3 granules par jour pendant 1 mois puis 10 granules samedi pendant 2 mois

90.03

8) SERETIDE SPRAY 125 µg

2 bouffes matin et soir pdt 1 mois puis 2 bouffes matin pdt 2 mois

22.40

9) SINOMARIN mini spray

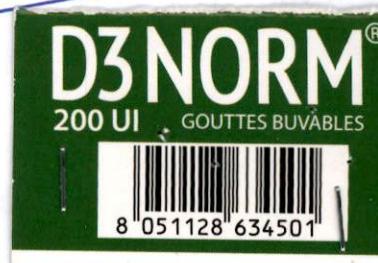
1 pulv 2 fois par jours pdt 7 jours

10) zadryl sirop

1 dose de 2,5 ml par jour pendant 1 mois

111 Dz norm goutte doot S
89.50 gouttes 1g per 2mls

668.80



Lot: 230756
A consommer
avant le: 07/2026

PPC : 89,50 DH

PPC : 89,50 D

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmérol.

125

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH

ID: 652281



118001 141869

Lot
EXP

H55Y
10 2024

SERETIDE

propionate de fluticasone/
salmérol.

125

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 175,00 DH

ID: 652281



118001 141869

Lot
EXP

H55Y
10 2024

ACV01Q0055-10

C91460-10

ANTIBIO SYNALAR

GOUTTES AURICULAIRES

ADULTES, ENFANTS



Flacon de 10 ml



أنتبيو سينلار

EPI titulaire de l'AMM au Maroc et Fabricant
Polymédic
Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Dr. T. BELABDA : Pharmacien Responsable

AMM N° 461/SG/42

INDICATIONS, CONTRE - INDICATION ET POSOLOGIE

- Tenir hors de la vue et la portée des enfants.
- A conserver à une température inférieure à 25°C, à l'abri de la lumière.
- COMPOSITION**
- Acétomide de Flucinolone 0,025 g
- Sulfate de Polymyxine B 1 000 000 U.I
- Sulfate de néomycine 350 000 U.I
- Exipients Q.S.P. 100 ml
- Exipients à effet notoire :
- Nitrate de phénylemercurique, propylène glycol



11

أنتبيو سينلار

قطرات أذنیة

الكتاب، الصغار



قنينة من سعة 10 مل

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml



- التعليمات، كيفية و مواعي الاستعمال : إقرأ النشرة
- لا يترك في متناول الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درج.
بعدنا عن الضوء

صاحب رخصة التسويق
بالمغرب و الصالحة
بوليمديك
زنقة أميوط دانقليل حي أرسلان
الدار البيضاء - المغرب
د. ط بلعاينة - صيدلي مسؤول



12/21

EN Sinomarin® Mini Spray is a 100% natural, directly proven nasal decongestant. It is a hypertonic sea water solution (2.7% NaCl) that relieves nasal congestion and sinus pressure via the natural

moisturise the nasal cavities. Description: 30 mL nasal pump spray bottle. Pump spray suitable for everyone including babies. Composition: Sea water 21 mL Purified water q.s. 30 mL equivalent to 25g/L NaCl (2.3%). Preservative-free. Drug-free. Chemical additives-free. 100% natural. Recommended Dosage: See enclosed information leaflet.

Suitable during pregnancy and breastfeeding

nasal, 10% naturel, dont l'acteur est dispersee. C'est une solution d'eau de mer hypertonique (2,7% NaCl) qui soulage la congestion nasale et la pression dans les sinus par le mecanisme naturel de l'osmose et aide à nettoyer et hydrater les boses nasales. **Description:** Pompe spray nasal 30 ml. Pompe spray adaptée à tous y compris les bébés. Composition Eau de mer 21 ml. Eau purifiée 4,5-30 ml. Equivalents à 25g/L de NaCl (2,7%). Sans agent de conservation. Sans agent medicamentueux. Sans additifs chimiques. 10% naturel. Doseage recommandé :

Nose Care Mini Spray 30ml

Sind

A photograph of a barcode and a library stamp. The barcode is oriented vertically and contains the numbers 5 206892 101657 >. To the right of the barcode is a vertical stamp with the number 430187 at the top. Below it, the text reads: 'Εθνικό Μουσείο', 'Αριθμός Αποτελέσματος', '0210 200000', and 'Εθνικό Μουσείο'. A small circular logo with the letter 'Ε' is visible in the bottom right corner.

16

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

دكتورة سلمى بنكيران

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
والحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميو芭تية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le : الدار البيضاء في :

Facture

N° Facture

Date de facture

2023/0011	10/10/2023
-----------	------------

Patient

MALKI AYA

Désignation Acte	Tarif Acte
Consultation	250,00
TOTAL TTC	250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS ET ZÉRO CENTIMES



372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maârouf, Casablanca

Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 · E-mail : drsalmabenkirane@gmail.com

Patente : 36119778 . INPE : 091173559 . ICE : 001737284000010