

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- 0020150

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11985 Société : R AM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KADMI HIND
 Date de naissance : 06.12.1978
 Adresse : La perle de nouaceur apt 21 INBOU HOUACEUR CASABLANCA
 Tél. : 0661238098 Total des frais engagés : 66070 + 400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MEANOUNI Mohamed Amine
 ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
 INPE: 061290250
 Date de consultation : 15 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : KADMI HIND Age : 44
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : otite moyenne chronique
 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 : / /
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES IRISSES Dr. LEMSEFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél. : 05 22 36 24 79	15/11/23	260,70

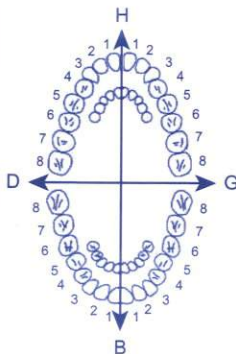
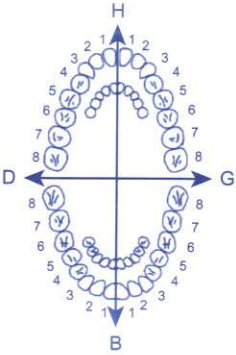
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

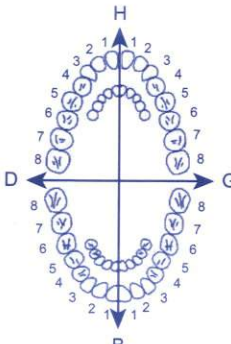
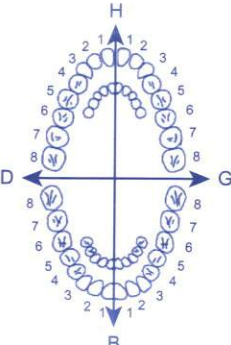
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th></th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				00000000	00000000				D			B		00000000	00000000				35533411	11433553					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H			G																														
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	D			B																														
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	(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

Veillez 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
<div>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</div> 	<div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique **AL Massira**

PHARMACIE LES IRISSES
Dr. LEMSEFFER Malak
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Molière)
Tél. : 05.22 36 24 79

15/11/23

Krd-rn Hnd

1- Luron 18
224.00 x 2
Tape 3/1, felt 8,

2- Cedar
22.00 x 2
Tape 3/1, felt 10,


3- Effipred 20 mg
40.00
Tape 3/1, felt 7,


4- Dicymone 300
57.00
Tape 3/1, felt 10,


EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 05/2026
LOT 32011 9

Dr. MENNOUNI Mohamed Amine
Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 061290250

1 - Tabac syml 
102,12
2 pil x 21, pelt 1 an
→ pelt de 7

2 - Sincorin ENF 
115,02
1 pil x 21, pelt 10,
→ pelt de 7

1 - Lorados s/g 
78,60
1 pil x 21, pelt 1 an

660,70

Dr MENNOUNI Mohamed Amine
ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 061290250

PHARMACIE LES IRISSES
Dr. LEMSEFFER Malak
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Molière)
Tél.: 05 22 36 24 79

Sinomarin Nose Care Adults 125 ml

Prix conseillé : 115 DH TTC

προϊόν. Περιέχει αδρανές προωθητικό αερίο (αζώτου) το οποίο δεν έρχεται σε επαφή με το προϊόν. Προτεινόμενο δοσολογικό σχήμα: Διαβάστε το φύλλο οδηγιών. Κατάλληλο για χρήση κατά την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό.

Store below 25 °C. Pressurized container. Protect from sunlight and sources of heat. Do not expose to temperatures above 50 °C. Do not puncture or incinerate container even when empty. Keep out of reach of children. For nasal use only. Do not use past expiry date.

Conservé en-dessous de 25 °C. Récipient sous pression. Protéger du soleil et des sources de chaleur. Ne pas exposer à des températures supérieures à 50 °C. Ne pas perforent ou incinérer le contenant, même lorsqu'il est vide. Tenir hors de portée des enfants. Pour usage nasal seulement. Ne pas utiliser après la date de péremption indiquée.

Να φυλάσσεται σε θερμοκρασία μικρότερη των 25 °C. Φιάλη υπό πίεση. Προστατέψτε την από την ηλιακή ακτινοβολία και από πηγές θερμότητας. Να μην εκτίθεται σε θερμοκρασίες μεγαλύτερες από 50 °C. Μην τρυπήσετε ή κόψετε τη φιάλη, ακόμη και εάν είναι άδεια. Να φυλάσσεται μακριά από παιδιά. Μόνο για ρινική χρήση. Μην χρησιμοποιείτε το προϊόν μετά την αναγραφόμενη ημερομηνία λήξης.

Sinomarin® is a registered trademark for Gerolymatos International S.A. E.U.
Sinomarin® est une marque déposée par Gerolymatos International S.A. U.E.
Το Sinomarin® αποτελεί κατοχυρωμένο σήμα της Γερολυμάτος International A.E.B.E. E.E.

 Gerolymatos International®

Gerolymatos International S.A.
13 Askipiou St., Korymbi 145 68, Athens, Greece
+30 210 3500800
www.sinomarin.com



15 °C 25 °C
CE 0653

430515



5 206892 101855 >

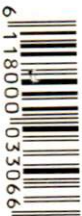
Το Sinomarin® διανέμεται
στην Ελλάδα από την
Γερολυμάτος
International A.E.B.E.

LOT



23034
03/26

LEVAMOX® 1g/125mg
24 comprimés effervescents



دواء الاستعمال - موانع الاستعمال : انظر النشرة.

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

يجب حفظ الأنبوب مغلقة في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية و بعيدا عن الرطوبة.

السواغات المصروفة بناتريها : الألوكميسيتلين و 3 غ من حامض يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال.

1 غ
أموكسيسيلين (على شكل تريهيدرات)
حامض كلوفولانيك (على شكل كلوفولات البوتاسيوم) 125 ملغ
السواغات ما يكفي للرض واحد فالت
نسبة أموكسيسيلين / حامض كلوفولانيك : 1/8
تحتوي هذه العلبة على 24 غ من الألوكميسيتلين و 3 غ من حامض يحفظ بعيدا عن متناول و مرآى الأطفال.
السواغات المصروفة بناتريها : الألوكميسيتلين - البوتاسيوم

مسار المستحضرات الصيدلانية لـ 21، ريفد الأرواية - الدار البيضاء - المغرب Laprophon
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'IMPORTATION DU NORD - 21, RUE DES ENFANTS - CASABLANCA - MAROC

تيفاموكسين®

أموكسيسيلين + حامض كلوفولانيك

1 غرام / 125 ملغ

24 قرصا فائرا

Laprophon
للـ 21

LEVAMOX® 1g/125 mg 24 COMPRIMES EFFERVESCENTS

PPV 224DH00

LOT 20049 4
EXP 06/2025

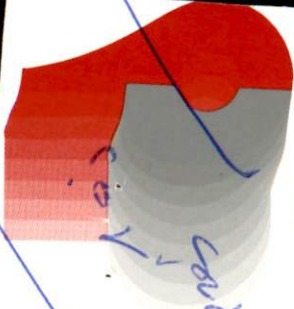
ديسينون[®] 500 ملغ

إطامسيلات

20 قرصا



57100

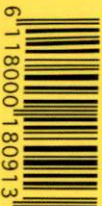


سیدوآل

باراسناملول / كودینین

Cédoal®

20 Comprimés



6 118000 180913

22,00

حبة 20

عن طريق الفم

سیدوآل

سیدوآل

باراسناملول / كودینین

Cédoal®
20 Compléments




6 118000 180913

22,00

20 حبة

عن طريق الفم

 سيديك

لوروديس

Lorodes® 5 mg 
Desloratadine

30 Comprimés Orodispersibles



6 118000 331438

عن طريق الفم

عن طريق الفم

30

لوريس
متحلا

09/87

Apr 5

U.S.A.

U.S.A.

Furoate De Mometasone Anhydre
120 Pulvérisations Dosées



Ne pas dépasser la dose prescrite.
لا تتجاوز الجرعة الموصى بها

د. محمد أبو جحادي، مدير مسؤول
تاسيلا إيزراي ألدور-البرية
زيتون قاريا 96، المنطقة الصناعية،
موزع من طرف:

Zenith pharma

شركة تيوك للصناعات الدوائية،
الرياض، ص.ب. 3863،
توك - المنطقة الصناعية،
إنتاج:

الرجل (1) (قائمة)

رجل خد قبل الاستعمال
بمرفق بوضعية طفيفة
للزبد من اللبونات: النظر للشرة المرفقة
يحفظ جيدا عن الأطفال

(م. 30 - 15) حرارة البرقة (15 - 30 م)
يحفظ في درجة حرارة البرقة (15 - 30 م)

سواء في دواء تيوك فيال: بيزالوكونيد، كلوريد
50 ميكروغرام من موميتازون فينولات (اللامعات)
فينولات أحمادي الهيدرات ما يعادل
موميتازون فينولات، تحتوي على موميتازون
نظفي كل جرعة 100 ملغم تقريبا من ملحق

pharmaceuticals
tabuk

Furoate
De Mometasone
Anhydre
Suspension pour
pulvérisation nasale
120 Pulvérisations
Dosées

Tabunex®

0.05%

N° Lot : 3UW925
Fab. : 04/2023
Per. : 04/2026

PPV: 102,10 Dhs