

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0055998

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	8444	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	A 87839
Nom & Prénom :		ZAOUER ALI	
Date de naissance :		24/12/1967	
Adresse :		6, RUE ABDELKrim RAÏSS RCE WASDRAR FRANCE VILLETT CASA	
Tél. :		06 5282 8332 Total des frais engagés	
		+ 656,70 DH .Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : H.R ZAOUER ALI Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Efant

Nature de la maladie :



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 : 27/11/2023

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
27/11/23	CS CG		3000,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

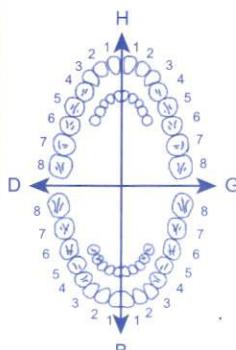
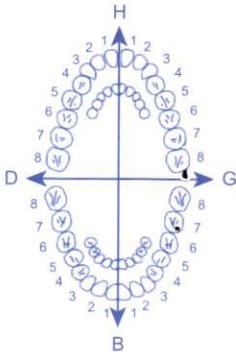
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
				DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Médecin Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale  
Exploration de la Surdité, des Acouphènes et des Vertiges  
Explorations Endoscopiques - Allergologie ORL  
Ancien Médecin Spécialiste en ORL à l'Hôpital 20 Août

طبية إختصاصية في أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة  
و جراحة الوجه والعنق  
تشخيص الدوخة، الطنين و نقص السمع  
التشخص بالمنظار الداخلي، أمراض الحساسية  
طبية إختصاصية سابقاً بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

27 Nove 2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

M. Zouher Ali

1) 19,10

Rismal gte nasale

28,20

dorens 5mg

1 gte x 2. 15 pds tuis

36,60

repl J le sér pds més

Betastene

3 cpl J multi dos 104 gr

85,50

clazex XL

1 cpl J pds 0750

22,00

IPP 20g

gel J avant repas 10750

**Dr. EL MANSOURI Imane**  
Médecin Spécialiste ORL  
Chirurgie Cervico-Faciale

Le 633 Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage  
Appartement 2020 21 00  
Tél/Fax : 05 22 20 21 00

زنقة كلميمة، الطابق الأول الشقة 1

بوربون بولفار السعيدية  
Le 633 Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - Casablanca

البريد الإلكتروني : mansouriorl@gmail.com - الهاتف/الفاكس : Tél./Fax : 05 22 20 21 00 - E-mail : mansouriorl@gmail.com

Le 633 Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 1 - Bourgogne - Casablanca

6) Vitac 1000 cp. sans sacs  
15,30 Acheté le 01/07/2008

356,70

M. MACHE HAY RAJA  
M. Gh. MACHE HAY RAJA  
125 Bis Av Des Almadies  
Hay Raja  
Casablanca - Tel: +212 35 25 25

INPE : 092031210



Furoate de Mométazone  
Printhesation Nasale  
Suspension Pour  
Voie nasale

0.05%

RISONEL®

RISONEL®  
0.05%

Voie nasale  
Suspension Pour  
Pulvérisation Nasale  
Furoate de Mométazone

**Composition:** furoate de mométazone monohydratée 51.8 microgrammes, quantité correspondant à 50 microgrammes de furoate de mométazone anhydre.

**Excipients:** cellulose dispersible (AVICEL RC 591), glycérol, citrate de sodium dihydraté, acide citrique monohydraté, polysorbate 80, solution de chlorure de benzalkonium, eau purifiée. Un flacon correspond à 140 pulvérisations. Une pulvérisation délivre une dose de 50 microgrammes de furoate de mométazone anhydre.

Excipients à effet notable: Ce médicament contient du chlorure de benzalkonium et la Glycerine.

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Agiter bien le flacon avant chaque utilisation.  
**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**

AMM N° : 376/16 DMP/21/NCV

Mises en garde spéciales:  
Lire la notice avant utilisation.

Tableau A (Liste I)

احترموا المبررات المحددة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS  
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

ریزونیل®

0.05%

عن طريق الأنف  
بخاخ لأنف

فيروات الموميطاوزن

المادة الفاعلة هي: فيروات الموميطاوزن 51.8 ميكروغرام كمية معادلة لـ 50 فيروات الموميطاوزن جاف للجرعة الواحدة.

هذا الدواء يوجد تحت صيغة محلول الرش عبر الأنف على 140 جرعة.

الرشة الواحدة تصدر بجرعة واحدة من قيمه 50 ميكروغرام من فيروات الموميطاوزن الجاف.

هذا الدواء يحتوي على كلورور البيتنزالكونيوم، الغليسرين.

يتعين الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية. من العبوة جيدا قبل كل استعمال.

يحتفظ بعيدا عن متناول  
ومرأة الأطفال.

**Fabricant:**  
Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.Ş.  
Sanayi Mah. Tunc Cad. No:3  
Esenyurt / İstanbul / Turkey



6 118001 040674

18 g



bottu  
82, allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

° du Lot 507 + 7

Le Per. 13-2025

119,10 DH

bottu  
82, allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

18 g



bottu  
82, allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



bottu

82, allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

卷之三

يُنصح بتحفظ عينات المسار على درجة حرارة لا تزيد عن 30°C.

Soyez prudent

**Ne pas conduire**  
sans avoir lu la notice



sans avoir lu la notice

111

**لورينس® 5 ملغ**

دیسلوراتادین

30 قرصاً مغلفاً

**٨٢- غير الكاردينال - عين المسئل - الدار البيضاء  
عن: البشتواني - صيدلي مسؤول**

LOREUS® 5 mg  
Dextroamphetamine  
30 Comprimés  
Pelliculés

6 118000 041726

100

**COMPOSITION:**  
Desloratadine..... 5 mg.  
Excipients..... q.s.p. 1 comprimé pelli-

EXCIPIENT A EFF-EI NUIIRE : lactose.

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**  
حرموا على عادات المهددة  
**UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE**

LOREUS<sup>®</sup>

30 Comprimés pelliculés

## Desloratadine

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Bétastène®  
Bétaméthasone

2 mg

Anti-inflammatoire

ADULTE

20 comprimés  
DISPERISIBLES  
Voie orale



1		
Durée	Matin	Midi

Bétastène 2 mg  
Boîte de 20 comprimés dispersibles

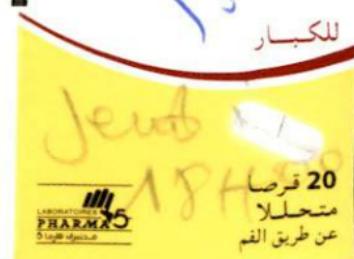


6 118 000 092 476

بِطَاسْتِين®  
بيطاطازون

2 ملغ

بعد النظف  
مضاد للالتهاب  
لاباع  
للكبار



PHARMAS | LOT : 4478  
UT.AV : 05-26  
PPV : 36DH60

Vita C 1000®

VITAMIN C

sans sucre

10 comprimés effervescents



**متحمس للبالغ والمتألق ما فوق 15 سنة.**

سیاست و اقتصاد

RESERVE A L'USAGER - INFORMATIONS MEDICALES

يعتقد الآباء مثلك بمعزل عن العزارة والخطوبة.

l'huile à conserver bien fermée à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

1000<sup>®</sup>

四

بیرون مکر  
۱۰



## Vita C 1000®

PPV 15DH30  
EXP 04/2026  
LOT 34037 17

**FORMULE:** Acide ascorbique (Vitamine C) ..... 1 g  
Excipients q.s.p. .... 1 comprimé effervescent

#### **EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE**

Sodium - Aspartam - Jaune orangé

Aqui, nascemos para sermos o que queremos

Cette boîte contient 10 g d'acide ascorbique.

لابروفان Laprophan مصادر المستخدمات الصيدلية لشمال إفريقيا - 21، زملة الأوبالية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

Chaque comprimé pectinique à libération progressive contient : Clarithromycine 515 mg.  
Excipients : q.s.p.  
Excepté à effet notable : lactose.

**A conserver à une température ambiante.**

A utiliser sur prescription médicale  
Pour plus d'information : consulter la notice à l'intérieur  
dans le rétrosécouche.

**Clazex<sup>®</sup>** clarithromycin

**Clarithromycine** C Gomprimes pellisses  
A libération prolongée

**Clazenz®**

**500 mg**  
Comprimés pelliculés  
à libération prolongée  
Voie orale

**7 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée**

Ne pas dépasser la dose prescrite

Tableau A (Liste I)

zenith pharma

Fabriqué par ZENITH PHARMA  
96, Zone Industrielle, Tassila,  
Inezgane Agadir - Maroc

Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable

# **مليم 500**

6118000330448

**Clazen**   
cyclosporine  
**500 mg**

گلزاری  
کلریوں میں  
۱۷

Oméprazole 20 mg

**IPP®**

Inhibiteur de la pompe à protons



7 gélules

microgranules  
gastro-résistants

Voie orale

Indications - Contre-indications  
mode et voie d'administration :  
lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المفاسد  
وكيفية الاستعمال : إقرأ البيان داخله

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

Conserver à une température inférieure  
à 30°C et à l'abri de l'humidité  
Ne pas laisser à la portée des enfants  
يحفظ في أقل من 30 درجة حرارية  
و بعيداً عن الرطوبة

**G** GALENICA

**IPP®**  
Oméprazole 20 mg  
Boîte de 7 gélules  
P.P.V. : 22,00 DH  
  
6 118000 191766

أوميپرازول 20 ملغ

اباب  
كابح ضخ البروتون



7 كبسولة

عن طريق الفم

وحدات حببية مقاومة  
للحامض المعدية

غالينيكا

AMM N° : 292/17DMP/21/NNP

Composition :  
Oméprazole ..... 20 mg  
Excipients q.s.p. .... 1 gélule  
Exipients à effet notable : saccharose, sels de sodium, mannitol, parahydroxy-sels de sodium, propylène glycol et de benzoate de méthyle sodique et de propyle sodique.

Cette boîte contient 7 gélules,  
soit 140 mg d'oméprazole.

Dr Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

التركيب :  
 أوميپرازول : 20 ملغ  
 سواعقات للايكراك : كبسولة واحدة  
 الصوديوم، ماننitol، براهميدو، كسيبيروات، مهيميل،  
 صوبير، و روبيل صوبير.

Liste II

احترموا الجرعات المسددة  
Respecter les doses prescrites

**IPP®**  
Inhibiteur de la pompe à protons

Oméprazole 20 mg Boîte de 7 gélules microgranules gastro-résistants

Lot N° : / Date Per. :