

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° M21- 063626

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1216 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SARHOURT Mohamed
Date de naissance : 30-6-1946
Adresse : CHCA
Tél. : 06 62 18 70 15 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
Tél. : 0522 25 03 73 - Gsm : 0661 14 99 86
E-mail : zor2@live.fr
Date de consultation : 05 JAN. 2024
Nom et prénom du malade : RABHA FARJ Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ASS R resp et ORL
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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : / /

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 JAN 2024		✓	200,000	Dr. ZEMMAMA O. LOTFI 45, Bd. Bir Anzarane Tél: 0522 25 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86 E-mail: zol2@live.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du 9 Avril - Palmier 6, Boulevard du 9 Avril - Palmier Tél: 0522 25 32 00 E-mail: armacie9avril@gmail.com	07/1/24	149,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE RADIOLOGIQUE BERRADA M. BENYAHIA Z 17, Rue Méd. Bch Tél: 0522 25 74 83 Fax: 0522 21 77 05	5/1/2024	Z ₃₁	180,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTÉ
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le 05 JAN. 2024 الدار البيضاء في

1) ~~COQUELUSID~~ Pour
1 suppo 2xj
2) ~~Pulmo-glucide~~
1 c à s 3xj
3) ~~Doxyline~~
1 gel 1 ap p
4) ~~Betastene~~
3 cp dilués en 1 j

74910

ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
Tél: 05 22 25 03 73 - Gsm: 06 61 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

Coquelusédal Paracétamol 250

ENFANTS

12

suppositoires

LOT 222135
EXP 06 2025
PPV 21.50 DH

Toux • Fièvre • Etats grippaux

ELERTE

Composition :

Paracétamol.....	250 mg
Huile essentielle de niaouli.....	20 mg
Extrait mou hydro-alcoolique de gingembre.....	20 mg
Extrait mou hydro-alcoolique de gelée royale.....	20 mg
Excipients.....	20 mg

Excipient à effet

Fabrique par SOTHEMA
BOUSKOURA

سوطيما
SOTHEMA

avec licence des Laboratoires
ELERTE



COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250
12 SUPPOSITOIRES ENFANTS



9 118000 020356

Bétastène®

Bétaméthasone

Ne pas laisser à la portée des enfants.

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

لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال
يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية

LISTE I
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Respecter les doses prescrites

AMM : 229 DMP/21/NNP

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Bétastène®

Bétaméthasone

2 mg

Anti-inflammatoire

ADULTE

20 comprimés
DISPERSIBLES
Voie orale

LABORATOIRES
PHARMA 5
21 rue de la Pharmacie
91120 Palaiseau

Bétastène®

Bétaméthasone

Composition :

Bétaméthasone 2mg
Excipients q.s.p 1 comprimé
dispersible.

Excipients à effet notoire :
Aspartam, lactose.

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

Bétastène 2 mg

Boîte de 20 comprimés dispersibles



6 118000 092476

بيطاستين®

بيطامازون

2 ملغ

مضاد للالتهاب

لللكبار

20 قرصا
متحلا
عن طريق الفم

LABORATOIRES
PHARMA 5
21 rue de la Pharmacie
91120 Palaiseau

PHARMA 5

LOT : 4887
UT.AV : 06-26
PPV : 36DH60

pulmofluide®
simple

دوكسيديسين

دوكسيديسين

ملغم 200

10 أقراص
متجانسة

للزوجة
LAPROPHAN



10

DOXYMYCINE® 200 mg 10 comprimés dispersibles

PPV 70DH00 EXP 11/2024
LOT 2N018 1

لا تجاوز الجرعات المحددة
NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

AMM N° 1446MP/21

FORMULE UNITAIRE :
Doxycycline (sous forme de monohydrate) 200 mg
Excipient qsp 1 comprimé dispersible
Cette boîte contient 2 g de Doxycycline

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب
POSOLOGIE : Se conformer à la prescription du médecin

DOXYMYCINE®
Doxycycline

200 mg

10 comprimés
dispersibles

للزوجة
LAPROPHAN

10



INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Voir notice

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à une température ne dépassant pas 25°C et à l'abri de l'humidité.

لا يترك في متناول الأطفال

دواعي الاستخدام - موانع الاستخدام
إرشادات الاستخدام
الحفظ: لا يترك في متناول الأطفال
يحفظ بشكل لا تعدي حراري
25 درجة مئوية معزولة عن الرطوبة

DOXYMYCINE

10 comprimés
dispersibles 200 mg



Dr Zemmama Omar Lotfi
LAUREAT DE LA FACULTÉ
DE MEDECINE DE CASABLANCA



الدكتور زمامة عمر لطفي
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, Le

05 JAN. 2024

الدار البيضاء في

Mme RABHA FARD

Toux depuis 15j malade ++ TTE ATB

Qx Pulse Face

RADIOLOGIE MAARIE
BENYAHIAZ
17, Rue Med Bahl
Tel : 0522 25 74 82
Fax : 0522 23 77 05

Dr. ZEMMAMA O. LOTFI
45, Bd. Bir Anzarane
Tel.: 0522 25 03 73 - Gsm: 0661 14 99 86
E-mail: zol2@live.fr

45, Bd. Bir Anzarane - Casablanca
TEL : 05 22 25 03 73
GSM : 06 61 14 99 86
E-mail : zol2@live.fr

RAPPORTER L'ORDONNANCE

45, شارع بئر أنزران الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 25 03 73
المحمول : 06 61 14 99 86
البريد الإلكتروني : zol2@live.fr

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675

Casablanca, le 05/01/2024

FACTURE

N/Ref : Facture N° FA185/2024
Nom & Prénom : **FARD RABHA**
Date d'examen : 05/01/2024

Examen(s)	
POUMON FACE	
Montant TOTAL	180 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT QUATRE VINGT DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705



Dr.BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie
Dr.BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

عيادة طبية للفحص بالأشعة

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

H/Z

Casablanca le 05/01/2024

Mme. FARD RABHA
DR ZEMMAMA OMAR LOTFI

Rx POUMONS FACE :

- Scoliose dorsale à convexité droite.
- Syndrome bronchique basal bilatéral (accentuation de la trame et épaississement pariétal).
- Pas de foyer pleuro-parenchymateux d'allure évolutive par ailleurs.
- Silhouette cardio-médiastinale normale.

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Med Bahi
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05
DR BERRADA M.

Avec mes amicales salutations

■ RADIOLOGIE NUMERIQUE	■ DENSITOMETRIE BIPHOTONIQUE	■ SCANNER VCT (64 Barettes)	■ I.R.M. (1,5 Tesla)
■ MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE	■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE	Angioscanner - Coroscanner	■ SCANNER CORPS ENTIER
■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE		coloscanner - Denta-Scanner	

16,Rue Mohamed BAH (EX. Rue Meissonier) en face du bureau de pointage des taxis - Maârif 20 100 Casablanca
Radiologie du Maârif Tél : 05 22 25 74 82 - 05 22 25 30 30 - 05 22 23 77 05 Fax : 05 22 23 77 05 I.C.E : 001745076000019
Centre IRM du Maârif IRM Tél : 05 22 23 23 12 - 05 22 99 30 31 - 05 22 25 38 73 irm-maarif@hotmail.fr I.C.E : 001744959000074
Patente : 34770967 I.F.: 1087675