

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 caractère personnel.

AS9973

Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent [e]	
Matricule : 13233	Société : RAN
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : Raini Flouna	
Date de naissance : 14.10.81.1995	
Adresse : Rés. Les Perles de Casablanca, Imm A, 2^e Etg., N° 12, Daachi, Casablanca	
Tél. : 06.25.68.59.69 Total des frais engagés : 5.97,1 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31.01.2024**

Nom et prénom du malade : **Raini Flouna** Age : **43**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Affecti**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **10 MAR. 2024**

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**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **31 / 01 / 2024**

VOLET ADHÉRENT

MSA ET CACHET

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
31.01.2011	SUJIANES SNACCE	1	309 D.H.SUJIANE	SPECIALISTE O.R.L ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE I.N.P.E : 091262246

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/10/24	257,10.

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession.

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Sofiane NACEUR

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Chirurgie de la Face et du Cou

Chirurgie de l'Oreille

Rhinologie - Laryngologie

Vertiges et troubles de l'équilibre

Surdité de l'enfant et de l'adulte

Ronflement et apnée du sommeil

د. سفيان ناصر

أخصائي في أمراض الأنف، الأنفية
والحنجرة - جراحة الوجه والعنق

جراحة الوجه والعنق

أمراض وجراحة الأنف والحنجرة

علاج الدوخة وأضطرابات التوازن

تشخيص وعلاج الصمم

تشخيص وعلاج الشخير



Casablanca, le : 31/01/2024

RAINI MOUNA

- Vantec 10 mg - comprimé enrobé
1 Comprimé, soir, pendant 1 mois
- Dazen - comprimé
2 comprimés, matin, midi, soir, pendant 7 jours
- Risonel 50 µg - suspension pour pulvérisation nasale
1 dose, matin, soir, pendant 1 mois
- oropropolis spray - pulvérisation
4 pulvérisation, matin, midi, soir, pendant 7 jours
- neopred 20mgr - Comprimé
3 comprimés, matin, pendant 5 jours

Dr. Sofiane NACEUR
SPECIALISTE O.R.L. & CHIRURGIE
CERVICO-FACIALE
I.N.P.E : 091262246



شارع يعقوب المنصور إقامة فضاء المنصور الطابق 4 رقم 33 المعاريف - الدار البيضاء

22 Bd. Yacoub El Mansour, Rés. Espace El Mansour 4^{eme} étage N° 33 Maarif - Casablanca

05 20 42 03 03 06 69 87 86 04 naceur.sofiane@outlook.com

دازين® 10000 وع

درابيتاز

40 فرضا ملبيسا

مقاوم لحموضة المعدة

عن طريق الفم



مخبرات سنتمديك
20 - 22 زققة زiber بن العوام
المصوّر السّوداء - الدار البيضاء

6 118000 181064

40 Comprimés enrobés gastro-résistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

Médicament autorisé N° :
45/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV :

47,80

EXP :

Lot N° :

Vantec® 10 mg

Cétirizine

30 comprimés entrobés sécables

37,70

C91533-07

■ VOIE ORALE
MODE D'ADMINISTRATION, INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS:
VOIR NOTICE INTÉRIEURE
NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

من طلاق المعلم، داعي وموانع الإسعال:
أطهاف، داء، مرض،
لا يترك في متادول الأطفال.



INDICATIONS
CONTRE INDICATIONS

LISTE II

AMM N° 318/160/MP/21/NRQ

Vantec 10mg

30 comprimés entrobés sécables



6

سيتيريزين

فانتيك 10 مغ

قرصاً مغلقاً قبل الكسر

ريزونيل®

% 0.05

عن طريق الأنف
بخاخ للأنف

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 للرش عبر الأنف على جرعة 140 مل.

الرشة الواحدة تصدر جرعة واحدة من قيمة 50 ميكروغرام من فيروات الموميطاوزن الجاف.

هذا الدواء يحتوي على كلورور البينزالكونيوم، الغليسرين.

يتعين الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تُتعدى 25 درجة مئوية.
رج العبوة جيداً قبل كل استعمال.

يحفظ بعيداً عن متناول
ومرئ الأطفال.



غ 18



bottu

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

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



bottu

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

N° du Lot

23H219

Date Per.

07.2026

P.P.V: 119,10 DH

erset

(12)

OROPROPOLIS

OROPROPOLIS

ORO Propolis



SPRAY

BUCCAL

LOT : 280 / PER : 11 / 2026
PPC : 55,10 DHS

ORO Propolis

SPRAY BUCCAL

Extrait
Actif
de Propolis

COMPANY APPLYING
GOOD MANUFACTURING
PRACTICES CERTIFIED BY DNV
ISO 22716

LABINDUS®
NUTRITION & COSMÉTIQUE
Lot N° 60 ZI Ain Chkef - Fès - Maroc
www.labindus.ma
Distribué par PHARMASOFT
www.pharmasoftlab.ma

6 749976 877431

Lot N° :

Per :

ppc :