

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

- Reclamation : 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° W21-815651

202308

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12659 Société : RAN

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : Ziaï Issam

Date de naissance : 12/03/1989

Adresse : Avenue Sophia, Rue Atif, secteur 21, Bloc G2

Tél. : 0669 21 34 02 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/02/24

Nom et prénom du malade : RAMY ZIAN Age : 25 mois

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome grippal / pharyngite ++

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 : 13/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/02/24	CS		#600 DH	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
24				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL ANASSER Av. AL ANASSER, Sect. 23 Rés. Les Chênes, Hay Rabat - Tél.: 05 37 56 96 75 INPE : 102060340	07/02/24	INPE : 1919785, 60 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Pédiatre

ter Réseau de Pédiatres à Domicile
Rabat - Salé - Témara

Le: 07/02/2024

Ordonnance

Ramy Ziati

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 2 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V: 60,00 DH



Dr. EL MASNAOUI Nada
Pédiatre - Néonatalogue
INPE: 101197861 - Tél: 0664 444-555

7h18 Azix 1500 mg sirop.
Dox 12x1/1j 5.

30,00 2. Prospan sirop.
1 càc + 3/1j 7j.

16,80
Sirop 3.
Lavage du nez } Seufne
+++ de l'omb
+ SS 9%.

PHARMACIE MECCA
Av. AILANTHUS, Sect. 23
Rés. Les Chênes, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 56 58 75
INPE: 102260340

4. Erlus sirop: 5ml le soir 15j

5. Dolipédialgique: Dox 10/6h
si 0° > 38°

0664-444-555

@contact@sospediatre.com

www.sospediatre.com

ICE : 002642603000009



6. Ententefermine.

60,00

1 dose x 2 l; 5j

PHARMACIE MECCA
Av. AILANTHUS Sect. 23
Rés. Les Chênes, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 56 58 75
INDE : 102060340

T=186,60


Pédiatre
Service des enfants à domicile
Tél: 0664 444 555

Dr. EL MA
Nada
donateur que
Tél: 0664 444 555

PHARMACIE MECCA
Av. AILANTHUS, Sect. 23
Rés. Les Chênes, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 56 58 75
INDE : 102060340

PHARMACIE MECCA
Av. AILANTHUS, Sect. 23
Rés. Les Chênes, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 56 58 75
INDE : 102060340

MEACS0002

PROSPAN®

Sirop
Traitement de la toux

Bien agiter avant utilisation.
Pour plus d'informations, lire attentivement la notice.
Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
À conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



LABORATOIRES KOSMOPHARM
272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.
Sidi Maârouf 20550 Casablanca - Maroc
www.kosmopharm.com
Sous Licence **ENGELHARD** - Allemagne

PROSPAN®

Sirop
Traitement de la toux

**Extrait sec de feuilles
de Lierre**

**Sans sucre • Sans alcool
Sans colorant**

Adultes et Enfants



• mucolytique
• spasmolytique
• soulage la toux

100 ml

PROSPAN®

Sirop
Traitement de la toux

Composition : pour 100 ml
Extrait hydroalcoolique sec de feuille de lierre
grimpart 0.700 g
Excipients :
Sorbitol à 70% (cristallisable) 55,000 g
Sorbate de potassium 0.134 g
Eau purifiée, arôme cerise, gomme xanthane,
acide citrique anhydre.
Excipients à effet notoire :
Sorbitol, sorbate de potassium.
Une cuillère à café contient 1.9 g de sorbitol et
0.04 meq de potassium.

Indications thérapeutiques :

Le sirop PROSPAN® est indiqué :
• Dans le traitement symptomatique de la toux.
• Au cours des affections bronchiques aiguës
bénignes.

Mode d'emploi et posologie : Voie orale.

• **Adultes et enfants (>10 ans) :**
2 cuillères à café 3 fois par jour (le dosage
chez l'adulte peut être augmenté jusqu'à 3
cuillères à café 3 fois par jour si nécessaire).
• **Enfants de 6 à 9 ans :**
2 cuillères à café 3 fois par jour.
• **Enfants de 1 à 5 ans :**
1 cuillère à café, 3 fois par jour.
• **Nourrissons (<1 an) :**
1 cuillère à café, 2 fois par jour.

PROSPAN®

Sirop
Traitement de la toux

Sans sucre • Sans alcool • Sans colorant

EXP :

LOT :

بروسبان®

شراب
لمعالجة السعال

خلاصة أوراق اللبلاب المجففة

**خال من السكر • خال من الكحول
خال من الملونات**

للبالغين و الأطفال



100 مل

• مسيل للمخاط
• مضاد للتشنج
• مخفف للسعال

بروسبان®

شراب
لمعالجة السعال

**خال من السكر • خال من الكحول
خال من الملونات**

100 مل

Azix®

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable

ENFANTS

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:74DH80
PER:12/26
LOT:M4436



COMPOSITION EN SUBSTANCE ACTIVE :

Azithromycine.....40,00 mg
Sous forme de
dihydrate d'azithromycine.....41,92 mg
Pour 1 ml de suspension reconstituée.
Excipients à effet notoire : Saccharose, sodium,
glucose (contenu dans l'arôme vanille)

FORME PHARMACEUTIQUE :

Poudre pour suspension buvable 35,6 g
(1500 mg d'azithromycine dans 37,5 ml de
suspension reconstituée) de poudre en flacon.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

MISES EN GARDE SPECIALES :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

PRECAUTIONS PARTICULIERES DE CONSERVATION :

A conserver à une température ne dépassant
pas +30°C.
Après reconstitution, la suspension se conserve
au maximum 5 jours à +25°C.

La durée du traitement est de 3 jours

NE LAISSER NI A LA PORTEE NI A LA VUE
DES ENFANTS

AMM N° : 787/15DMP/21NRQ

احترموا الجرعات المحددة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau A (liste I).

3

أزيكس®

أزيتروميسين

40 ملغ/مل

1500 ملغ

محلول للشرب

الأطفال

بوتي دة

82, الكازباريتاس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوتني - مسؤول

b



Préparation de la suspension buvable :



1 / Avant d'ouvrir
le flacon, agiter
vigoureusement
la poudre du fond.



2/ Pour ouvrir le flacon,
tourner le bouchon vers
la droite.



3/ Remplir le godel
verseur joint avec de
l'eau jusqu'au trait
indiqué.



4/ Verser le contenu du
godel verseur dans le
flacon contenant la
poudre.



5/ Bien enfoncer le
bouchon adaptateur
dans le flacon.



6/ Refermer le flacon
avec le bouchon.



7/ Agiter vigoureusement
le flacon plusieurs fois.

Azix® 1500 mg

Azithromycine 40mg/ml
Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

