

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.

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6572 Société : 157241
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL GHALI SOUAD.
Date de naissance : 10/10/61
Adresse : Residence Amanet Rue Mohamed HYANI
Appt 19 Franceville Casablanca
Tél : 0661165824 Total des frais engagés : 694,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2023
Nom et prénom du malade : EL GHALI SOUAD Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bronchite 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 : Casa Le : 12 AVR. 2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
10-01-2023	10	1	15000	Docteur Ilham EL AM Médecin Généraliste Av. 2 Mars, 3 Rue Abdesslam Khattabi Casablanca - Tél: 05 22 28 34 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

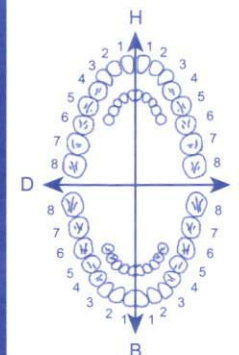
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

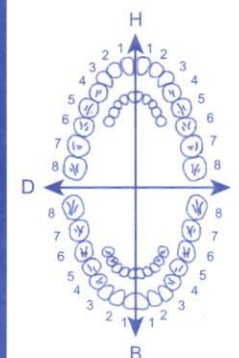
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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



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

Docteur Ilham Chah
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه
الطب العام
الفحص بالصدى

M ECHALLI SOUAD

Ordonnance

Casablanca, Le 20/04/2023

seclan 500 -> 74,80
at -> 36,40
predico -> 22,70
lema -> 26,90
chokod s -> 41,70
sa -> 114,10
estor s -> 0,3
le soi -> 0,3

3, Rue Abdesslam EL Khatabi, AV.2 Mars 1 Etage N° 2 Casablanca

الهاتف : 05 22 28 34 52 / المستعجلات : 06 61 46 84 49

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول, رقم 2 - الدار البيضاء



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH



AstraZeneca 

bronchokod

sans sucre

carbocistéine
solution buvable

adultes

300 ml

LOT : 1167
PER : 09/24
PPV : 41,10 DH

تؤخذ ——— ملاعق كبيرة ——— مرات
في اليوم ولمدة ——— أيام

**Prendre – cuillère (s) à soupe – fois
par jour pendant – jours.**

Composition :

Carbocistéine 5 g

Excipients à effet notoire :

Parahydroxybenzoate de méthyle.

bronchokod 5 g/100 ml 

sans sucre
adultes

solution buvable - 300 ml



6 118000 140122

NEOPRED[®]

Prednisolone 20mg

Indications - Contre-indications - Posologie -
Mode d'emploi : lire notice intérieure.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال - المصادير -
كيفية الإستعمال : اقرأ البيان داخله

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

AMM N° : 280/19DMP/21/NNP

NEOPRED[®]

Prednisolone 20mg
20 comprimés
effervescents

PPV : 37,40 DH



6 118000 191919

Matin

Midi

Soir



Repas



Durée

NEOPRED[®]

Prednisolone 20mg



20
comprimés
effervescents

Voie orale

GALENICA

Lot: K 0471
Feb: 01/22 Per: 01/25

Pfizer

زيتروماكس
أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg 

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 4 2 0 2 4

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : F Y 4 3 5 9

الزئبق
على شكل سولفات الزئبق أحادي الهيدرات)
السواغات كمية كافية

قرص فائر واحد

FORMULE :
Zinc 45 mg
(sous forme de sulfate de zinc monohydraté)
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent

السواغات المعروفة بتأثيرها :
الصوديوم - الساكاروز

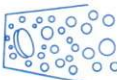
EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE :
Sodium - Saccharose
Voir notice pour plus d'informations. انظر النشرة للمزيد من المعلومات.

تحتوي هذه العلبة على 900 ملغ من الزئبق.
Cette boîte contient 900 mg de zinc.

AMM N° 02/21
NRQD/DMP/VHA/18
LISTE II

DOCUMENT SUR ORDONNANCE
الطبيب
الصيدلاني
الصيدلاني
الصيدلاني

ZINASKIN®
(Sulfate de zinc)
45 mg



20 comprimés effervescents

دواعي الاستعمال - الجرعات - موانع الاستعمال - كيفية الاستعمال
انظر النشرة

INDICATIONS - POSOLOGIE - CONTRE-INDICATIONS
DE D'EMPLOI : Voir notice

عن طريق الفم
يحفظ الأنبوب مغلقاً بإحكام بعيداً عن الحرارة والرطوبة.
à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et humidité.
يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال.
hors de la portée et de la vue des enfants

ZINASKIN® 45 mg
20 comprimés effervescents



6 118000 032090

Laprophan
الصيدلاني

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21، زقة الأوداية - الدار البيضاء -
BOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

ZINASKIN® 45 mg

زيناسكين®
(سولفات الزئبق)
45 ملغ



20 قرصا فائرا

20 comprimés effervescents

PPV 400H90
EXP 12/2024
LOT 18066 33

RHUMIX®

Poudre en sachets

FORME ET PRESENTATION :

Poudre orale en sachets - Boîte de 10 sachets.

COMPOSITION :

RHUMIX® est une association de 6 principes actifs :

Paracétamol (400 mg), Vitamine C (300 mg), Ibuprofène (200 mg), Pseudoéphédrine HCl (50 mg), Caféine (25 mg), Chlorphénamine maléate (4 mg).

Excipients QSP : 1 sachet.

Excipients à effet notoire : aspartam, saccharose, colorant jaune orangé.

PROPRIETES :

Elles procèdent de l'activité de ses 6 principes actifs :

- L'ibuprofène et le paracétamol exercent en complémentarité une action antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire (Ibuprofène).
- La chlorphénamine maléate, antihistaminique H1, réduit les rhinorrhées et larmoiements souvent associés aux éternuements.
- La pseudo-éphédrine agit en tant que α -sympathicomimétique, décongestionne les voies nasales et diminue la rhinorrhée.
- La caféine agit comme stimulant général et atténue l'effet sédatif et la somnolence liés à la chlorphénamine.
- La vitamine C renforce la résistance de l'organisme et agit comme anti-asthénique et anti-oxydant.

INDICATIONS :

RHUMIX® est indiqué dans le traitement symptomatique des :

- Rhume, grippe, refroidissements.
- Douleurs, courbatures, céphalées.
- Rhinites allergiques, rhinopharyngites, obstruction

Attention : Devant des signes cliniques généraux
pharmacien.

CONTRE-INDICATIONS :

- Hypersensibilité à l'un des composants ;
- Ulcère gastroduodénal ;
- Hypertension artérielle ;
- Glaucome ;
- Adénome de la prostate ;
- Insuffisance hépatique et/ou rénale graves ;
- Enfants de moins de 12 ans.

En cas de doute, demander l'avis de votre médecin.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Voie orale.



visagée. Demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104



CRESTOR[®]
rosuvastatine

5 mg

**30 comprimés
pelliculés**

Voie Orale

Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 5mg cp pell b30
P.P.V : 114,10 DH

6 118001 183104