

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RECHTS

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-523456

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		22/12/29	
Matricole : 13302		Société : RAN	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : Loubbani Hibra			
Date de naissance : 28/07/1953			
Adresse : 21, Rue 11 app 6 2ème étage Magola (Dulys)			
Tél. : 06 33 73 88 51		Total des frais engagés : 433,20 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. KHALIFA FARAH Médecin Généraliste 162 Bd Abdelmoumen Rés. Alyamama Porte A 1er Etage N° 1 - Casablanca Tél. 05 22 22 33 20</p> <p>Loubbani Hibra Age: 26 ans</p>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : 24/02/20

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
17/2/2010	C.3	200 DT		INP : DR. KHALIFA FARAH Médecin Généraliste 167 Bd Abdelmoumen El Aouina Porte A 1er Etage N° 1 - Casablanca Tel. : 05 22 22 88 20 INP : 091041382

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TIR Abou Thami Hay H	11/2/2010	93320

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

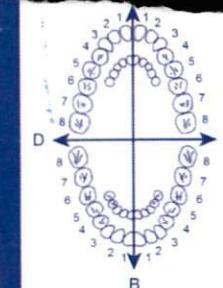
### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

**O.D.F**

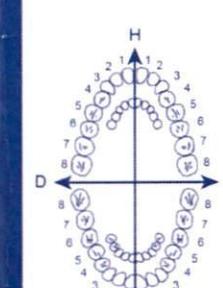
**PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DOCTEUR KHALIFA FARAH

Médecine Générale

Spécialiste en Médecine du Travail  
de l'Université de Rennes (France)

- Certificat Universitaire d'Expertise Médicale et Réparation Juridique du Dommage Corporel
- Certificat Universitaire d'Echographie Générale  
Ex-Médecin Chef de Plusieurs Délégations  
du Ministère de la Santé à Casablanca



الدكتور خالifa فراح

الطب العام

- طبيب مختص في طب الشغل من جامعة دين بفرنسا
- شهادة جامعية في الخبرة الطبية والتوعیض القانوني للأضرار الجسدية
- شهادة جامعية للفحص بالصدى

طبيب رئيسي سابق بعدة مندوبيات وزارة الصحة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : F 4 FEV. 2020 الدار البيضاء، في :

Nom : LOUBANI

Prénom : HIBA

## ORDONNANCE

au Auguste 1g 165

IBERTIN sachets à 1g

1 sachet x 2/j pendant 7 j

Doliprane Vit C cp à 500mg

1cpx2/j

Febrex sachets adultes

1 Sachet le soir

Humex pour mal de gorge spray

1 application x3/j

DR. KHALIFA POLYCLINIQUE  
DR. TIR Abdelaziz  
B. Route Mly Thami Hay Hassani  
Tél: 052 90 21 67 Casa

Dr. KHALIFA FARAH  
Médecin Généraliste  
167 Bd Abdelmoumen Rés. Al Yamama  
Porte A 1er étage N° 1 Casablanca  
Tél. : 05 22 22 86 20

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

• 1g/125 mg

Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم...

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 623078  
PER: 03/21



**PROSOLODIE** (adultes & enfants 8 à 13 ans) : 1 comprimé par prise,

- **Enfant de 27 à 40 kg (environ 6 à 15 ans) :**  
sans dépasser 4 comprimés par jour.  
**Respecter un minimum de 6 heures entre chaque prise.**
  - **Enfant de 41 à 50 kg (environ 12 à 15 ans) :**  
1 comprimé par prise, sans dépasser 6 comprimés par jour.
  - **Adulte : 1 comprimé par prise, voire 2 si nécessaire, sans dépasser 6 comprimés par jour.**  
**Respecter un minimum de 4 heures entre chaque prise.**

## DolipraneVitaminC<sup>®</sup>

16 *comptes échévants*

ANM N° 554/15 DMP/21/NRA

... comprimés/prise  
fois/jour pendant ..... jours

# ଶ୍ରୀକୃତ୍ତବ୍ୟାନକାରୀଙ୍କ ପରିଚୟ

١٢٦

١٦ فرضاً

9

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

PPV18DH00  
PER 10/22  
LOT 12413  
SI



ANTISEPTIQUE  
ANESTHÉSIQUE 



SANS SUCRE

CITRON

**Collutoire 35 ml**

MÉDICAMENT - DÈS 6 ANS

Lot N°

•

65329

Ut.av.fin



01-2022

•

**Distributeur au Maroc:**

**Laboratoires STERIPHARMA**

**Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf**

**CASABLANCA-MAROC**

**PPV : 30,00 DHS**

# FEBREX®

**Composition :**

Phéniramine maléate	25 mg
Paracétamol	500 mg
Acide ascorbique (Vit C)	200 mg
Excipients q.s.p.	un sachet.

**Liste des excipients à effet notoire :** Saccharose 7,90 g.

**Forme Pharmaceutique :**

Granulés pour solution buvable. Boîte de 8 sachets.

**Indications thérapeutiques :**

Traitement symptomatique des :

- Ats grippaux
- Rhinites allergiques / rhumes
- Rhinopharyngites

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Réservez à l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans, 1 sachet 2 à 3 fois par jour à dissoudre dans une quantité suffisante d'eau.

**Ne pas laisser à la portée des enfants.**

**Mises en garde :** lire attentivement la notice.

A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.

# FEBREX®

Lot :

Exp. :

CIP: 3400931000679

M9010250

01/2024



BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00



\* 3 4 0 0 9 3 1 0 0 0 6 7 9 \*

8 Sachets de Granulés

NO



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques



**Voie Orale**

FEBREX® Adulte



6 118000 310624

PHARMED | LOT : 7316  
UT.AV:12-22  
PPV:21DH00