

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.

Biologie 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.

Prothèse :

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

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° P19-0025398

ND: 29607

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OULAL HALIMA
Date de naissance : 13/03/1953
Adresse : 2 Bis Rue NAHDA Oujda
Tél. : 0665075016 Total des frais engagés : 186,70 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr KERZAZI Mohamed CHIRURGIEN 38, 9d, M-
Date de consultation : 23 JUN. 2020
Nom et prénom du malade : OULAL HALIMA
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : Oujda Le : 17/02/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHU AL IRFANE Dr. MAAROUF Nouria 14, Bd. Jellout Med Hay Saada Tél: 08 46 53 22 20 - Oujda CE : 08 46 53 22 20 INPE 082007935	17/02/2020	336,70

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

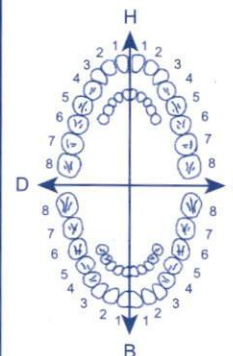
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

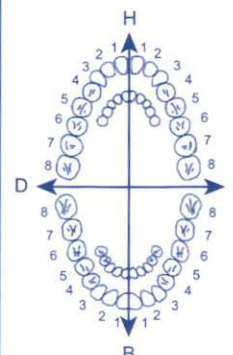
H		
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr KERZAZI Mohamed

CHIRURGIEN

Expert Assermenté

Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097

39, Boulevard Mohammed V

Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد

طبيب جراح

خبير محلف

لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 36 68 45 10 - وجدة



30,00

Oujda, le 17/02/2020 في وجدة،

- Paracetamol 3x1/1

2x14,00

- Doliprane 2x1/1

4,980

- Flapyl 2x1/1

32,40

- 2x1/1

- 2x1/1

- 2x1/1

- 2x1/1

- 2x1/1

- 2x1/1

- 2x1/1

Du Mlle

Mahzen

T: 336,70

LOT : 7MA104
PER: 08 2022

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20

P.P.V : 49DH80



PHARMACIE CHU
Dr. MAHMOUD Nouria
14, Bd. Jelloul Med Hay Saada
Tél: 05 36 52 22 20 - Oujda
ICE : 001619337000069

Dr KERZAZI Mohammed
CHIRURGIEN
39, Bd. Mohammed V - Oujda

58.40

Solupred[®] 20mg



LOT 424
MFD 04 20 18
EXP 04 20 21

Sterdex®

ستيردكس

Dexaméthasone, oxytétracycline ديكسا ميتازون، أوكسي تتراسيكلين

Pommade ophtalmique en récipient unidose
مرهم للعين في وعاء أحادي الجرعة

Théa

Boîte de 12

علبة من 12 وعاء

المالك /صاحب مقرر التسجيل : تيسا مخابر
12، شارع لويس بليريو
63017 كليرموند فيرون ، سينديكس 2 - فرنسا
الصانع : فارميا
10، شارع بوشي طوماس - ز ا س
اورجيمونت 49000 انجيرس فرنسا

يحفظ ضمن درجة حرارة أدنى من 25 د م.
يرمى الوعاء أحادي الجرعة بعد الاستعمال.
يجب عدم إعادة استعمال الوعاء أحادي
الجرعة الذي تم فتحه.

التركيبة لوعاء واحد :

ديكسا ميتازون.....0.267 مغ
أوكسي تتراسيكلين.....1.335 مغ
المواد :

فازلين/بارافين سائل (50/50)

استعمال موضعي
عن طريق العين

Mise en garde : lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER À LA PORTEE
DES ENFANTS

تحذير : اقرأ الشرة بتعمق.
لا يترك في متناول الأطفال

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبلع - لا يحقن
احفظ الدواء تحت القفل

LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - إلا بوصفة طبية

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



منع القيادة
قبل قراءة التعليمات

NIVEAU 1
المستوى 1

STERDEX pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Enreg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ
338R1/17 DMP/21/NRQ رقم التسجيل بالمغرب

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca
Pharmacie Responsable : Amina DAOUDI

22986

**INDICATIONS, CONTRE-INDICATIONS,
PRECAUTIONS D'EMPLOI, POSOLOGIE :**

Voir notice intérieure.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C
et à l'abri de l'humidité.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

★ Adultes et enfants à partir de 12 ans.

احتياطات الإستعمال، المقادير :
أنظر النشرة.

يحتفظ بهذا الدواء في درجة حرارة لا تتعدى 30 درجة مئوية
و بعيدا عن الرطوبة.
لا يترك هذا الدواء في متناول الأطفال.
★ للكبار و الأطفال ابتداء من 12 سنة.

50 ملغ

فارما 5

ديكلو

ديكلوفناك صوديوم



• مضاد للإلتهاب
• مضاد للروماتزم



للـكـبـار
+ 12 سنة *

20 قرصا مقاوما للعصارة المعدية
عن طريق الفم

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما 5

COMPOSITION :

Chaque comprimé contient :

Diclofenac sodique.....50 mg

Excipients q.s.p.....1 comprimé

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

Liste II

Ne pas dépasser la dose prescrite

AMM : 95 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Diclo Pharma 5^e 50mg
Boîte de 20 comprimés



6118000 090281

500288-V2

COMPOSITION :

Azithromycine (DCI) : 500 mg par comprimé pelliculé (sous forme azithromycine dihydrate: 524,00 mg).
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Lire la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de la lumière.

التركيبة :

أزيتروميسين : 500 ملغ في قرص مغلف
(على شكل أزيتروميسين ثنائي هيدرات 524,00 ملغ).
سواغات ك.ك. لقرص مغلف.
يحفظ بعيدا عن مראي و متناول الأطفال.
يجب قراءة النشرة قبل الإستعمال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية
وبعيدا عن الضوء.

Médicament autorisé N°151DMP/21/NRQ

Respecter les doses prescrites

إستعمل الجرعات المحددة

Uniquement sur ordonnance (Liste I)

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

11/18

AZITHRIX®
AZITHROMYCINE

3 comprimés pelliculés
Voie orale

500mg



TECNIMEDE GROUP

AZITHRIX® 500 mg

3 comprimés pelliculés



6 118000 070115

IOEMCO

3

Titulaire de l'AMM :

ATLAS PHARM

Quartier industriel de Berrechid,
Route principale numéro 7, Rue C
Maroc

Fabricant :

AFRIC PHAR

Zone Industrielle

Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12,400 Aïn Harrouda 28 630

Mohammedia, Maroc

Atlas
APharm
GRUPO TECNIMEDE

30X50X50

500 mg
3 comprimés pelliculés
Voie orale

AZITHROMYCINE

AZITHRIX

®

زيتريكس
أزيتروميسين

3 أقراص مغلفة

عن طريق الفم

PPV: 79DH70
97056 EXP: 06/23

500 mg



TECNIMEDE GROUP

بوتتي د.ب
R2، مدير الكازيماريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البخوشي - صيدلي مسؤول

b

أقراص



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL

10 comprimés



6 118000 040972

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie".** Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®

PARACÉTAMOL 1000 mg

PPV: 14DH00
PER: 03/22
LOT: I785

b

bottu s.a.

R2, Allée des Cassarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés



Doliprane® 1000 mg ○
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



6 118000 040972

أقراص

b

بوتي
82، معور الكازاري، بناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشي - صيدلي مسؤول

COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. **Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.**

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebbâ - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV:14DH00
PER:09/21
LOT:H11990

EUCARBON®

Charbon végétal pulvérisé

Extrait sec de rhubarbe

Feuilles de séné

Soufre purifié

Voie orale

30 comprimés

Lot:

EXP:

PPV:

32,00



AFRIC-PHAR

Fabriqué par **MONTAVIT (Autriche)**
Importé des Laboratoires **F. Trenka (Autriche)**

Mohammedia - Maroc

Route Régionale n°322 Km 12,400 - Ain Harrouda 28 630

Zone Industrielle, Ouest Ain Harrouda,

(Représentant exclusif)

Distribué par les Laboratoires **AFRIC-PHAR**

Médicament autorisé - N°: 91/15DMP/21/NRO

(2)

موزع من طرف مختبر افريك فلر

(الميل الحصري)

المنطقة الصناعية، غرب عين خروقة، الطريق الجوهري

رقم 322، كلم 12,400 عين خروقة 28 630

المحمية - المغرب

صنع من طرف مختبرات (التمسا)

مستوردة من طرف مختبرات اف. ترينكا (التمسا)

30 قرصا

عن طريق الفم

أوكاربون®

كبريت منقي

أوراق السنا

خلاصة الراوند

مسحوق فحم نباتي

Composition: par comprimé

Charbon végétal pulvérisé..... 180 mg

Extrait sec de rhubarbe..... 25 mg

Feuilles de séné..... 165 mg

Soufre purifié..... 30 mg

Excipient A, effet inerte: Saccharose

Indications, Contre-indications, Posologies

& Précautions d'emploi: Lire la notice à l'intérieur.

Demande l'avis du médecin ou du pharmacien en cas de problèmes

liés à l'utilisation du médicament.

NE PAS LAISSER A LA VUE DES ENFANTS.

Conserver dans le conditionnement original à l'abri de la lumière.

التركيب: لكل قرص

مسحوق الفحم النباتي..... 180 ملغ

خلاصة زراوند..... 25 ملغ

ورق السنا..... 165 ملغ

كبريت منقي..... 30 ملغ

مادة خاملة: سكر

إرشادات، موانع استعمال، جرعات

والتحذيرات: اقرأ النشرة داخل العلبة.

في حالة حدوث مشاكل أو مشاكل صحية، استشر الطبيب.

لا تترك الدواء في متناول الأطفال.

يحفظ في مكانه الأصلي، بعيداً عن الضوء.