

# 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 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-578997

45475

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Co ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 19327

Matricule : 19327 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MDAGHRI FILAL NOUMER

Date de naissance : 02/09/1985

Adresse : Des ALFIRAOUS 6425 ALY ABET 92  
OULEA CASA

Tél. : 0661087775 Total des frais engagés : 517,4 DH

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13.10.2020

Nom et prénom du malade : MDAGHRI FILAL LARA Age : 34

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

Nature de la maladie : bronchite

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 13 / 10 / 2020

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

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/2020	22.000.000,00
		30, GR AL BAIDA HAY EC 0000
		CASABLANCA
		Tel : 05 22 75 56 06

[illegible][illegible]

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 traitements canalaires, ainsi que le bilan d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Docteur YSSEF Boujemaa

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté  
de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité  
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يوسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرنويل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190، زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

Tél. Cabinet { 05 22 20 72 10 }  
                  { 05 22 22 01 46 } هاتف العيادة  
                  { 05 22 22 21 48 }

GSM : 06 68 79 27 94 : المتنقل

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 13-10-2020 الدار البيضاء، في

30. GR. AL BAIDA HAY EL OOD  
Tél: 05 22 75 56 06  
PHARMACIE KALIM EL KHALA

MDA GHRI FILALI LARA

21,50

X: 6 sachet seidal 250

15,70 1 Supp ant el Sam d 6'au

X: Toplexil Supp

1 weke ant el Sam 10y

22,50

No-dol supp

no 15 / 6h si do > 38

HORAIRE CONTINU توقيت مستمر



93,40x2  
fiken 100 Enfants x 2  
15 mt El Semi  
20,90  
S.V.

Avit D3 200000  
S.V.  
a' Doine

Avant les apes

PHARMACIE FAITH EL KHAIR  
Aut. 000 22 42  
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS  
CASABLANCA  
TEL: 05 22 75 56 06

الطبيب  
Boujemaa  
DOCTEUR  
190, Rue Mustapha El Moudi  
CASABLANCA

PHARMACIE FAITH EL KHAIR  
Aut. 000 22 42  
30, GR. AL BAIDA HAY EL QODS  
CASABLANCA  
TEL: 05 22 75 56 06



# أوفيكين

سيفيكسيم

100 ملغ \ 5 ملل

مسحوق لمعلق للشرب

60 ملل عن طريق الفم



الأطفال



300 جرعة / كلغ

--	--	--	--	--	--

بعد	قبل	مساء	منتصف النهار	صباح	المدة

سوطيما  
sothema

93,40





# Toux sèches et irritatives

Oxomémazine 0,33 mg/ml

# Toplexil®

## احتياطات خاصة للحفظ :

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية بعيدا عن الضوء.

يحفظ لمدة 6 أشهر على الأكثر بعد فتح القارورة لأول مرة.  
يجب حفظ الدواء في القارورة الأصلية.  
يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

## تعليمات الاستعمال :

يجب قراءة هذه النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

PER 05 2022

LOT : 20E037

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 15DH70  
6 118000 060901



Médicament non soumis à prescription médicale.

يصرف هذا الدواء بدون وصفة طبية.



### Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

### Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, QI-Zenata,  
Aïn Sebaâ, Casablanca.



20 ملغ / ملل

# نو - دول<sup>®</sup> فين

إيبوبروفين

المكونات: إيبوبروفين 20 ملغ / ملل

المكونات الأخرى ك.ك.ل. 100 ملل

لائحة السواغ ذي التأثيرات الجانبية: سوربيتول، بنزوات الصوديوم.



يتناول هذا الدواء: عن طريق الفم.

يستعمل الدواء بواسطة حقنة قياس الجرعات (مدرجة بالكيلوغرام).

تدرج واحد من 1.5 كلغ يطابق 0.5 ملل من محلول للشرب

ويحتوي على 10 ملغ من إيبوبروفين.

احتفظوا بهذا الدواء في مكان آمن بعيدا عن متناول و نظر الأطفال.

اقرأ الوصفة كاملة قبل البدء في استعمال هذا الدواء.

يجب الاحتفاظ به في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية.

حرك القارورة جيدا قبل الإستعمال.



# أوفيكين®

سيفيكسيم

100 ملغ \ 5 ملل

مسحوق لمعلق للشرب

60 ملل عن طريق الفم



الأطفال



300 جرعة / كلغ

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

بعد

قبل

مساء

منتصف  
النهار

صباح

المدة



سوطيما  
sothema

93,40



BATCH MAN 1219

HP365 ~~EXP~~ 1123

Vitamine D3 B.O.N.<sup>®</sup> 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

لائحة II - List II - لا ئحة II

**ZENITH Pharma**

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /

MA holder / صاحب مقرر التسجيل



GROUP

**BOUCHARA-RECORDATI**

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE



# Coquelusédal Paracétamol 250

Toux • Fièvre • Etats grippaux

**ELERTE**



LOT  
EXP  
PPV

N° 0000160  
11.05.2006  
DH

COQUELUSEDAL PARACETAMOL 250  
12 SUPPOSITOIRES ENFANTS



Non remboursable



6 118000 020356