

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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.

M23-005058

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 378 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

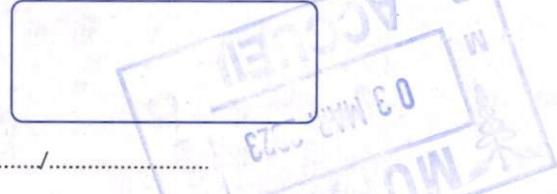
Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

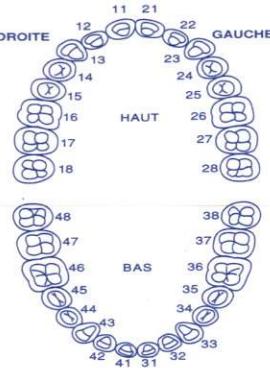
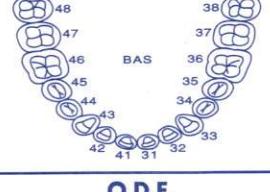
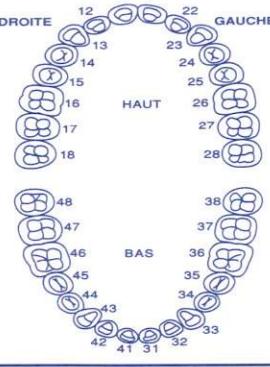
Signature de l'adhérent(e) : 

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution														
																			
DROITE	12 13 14 15 16 17 18	11 21 22 23 24 25 26 27 28	GAUCHE																
HAUT			BAS																
		36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48																	
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																	
		<table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>12 13 14 15 16 17 18</td> <td>H</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>HAUT</td> <td></td> <td>D</td> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DROITE	12 13 14 15 16 17 18	H	25533412 00000000	21433552 00000000	HAUT		D	00000000 35533411	00000000 11433553	BAS		G		
DROITE	12 13 14 15 16 17 18	H	25533412 00000000	21433552 00000000															
HAUT		D	00000000 35533411	00000000 11433553															
BAS		G																	
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0032003		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme						
Nom & Prénom <i>ESSAIDI EL BATOUL</i>								
Fonction	Phones							
Mail								
MEDECIN	Prénom du patient <i>ESSAIDI EL BATOUL</i>							
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>						
Age <i>28/2/23</i>								
Nature de la maladie <i>Diabète + Bronchite aigüe + diarrhoe.</i>								
Date 1ère visite								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td><i>C</i></td> <td><i>C</i></td> <td><i>041286378</i></td> </tr> </table>		Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>041286378</i>	<i>Signature de l'adhérent</i> <i>Pharmacie Al MASBAH AL KABIR</i> <i>Mme SMILI WADIA</i> <i>9 , Lot El Kora LYM - RABAT</i> <i>Tél : 05 31 29 06 73</i> <i>INPE : 102025772</i>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<i>C</i>	<i>C</i>	<i>041286378</i>						
PHARMACIE Date <i>28/10/2023</i>								
Montant de la facture <i>619100</i>								
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date								
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires						
		<i>CACHET</i>						
AUXILIAIRES MEDICAUX Date								
Nombre		Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV						
AM	PC		IM	IV				
		<i>CACHET</i>						

ORDONNANCE

le 28/2/23

Mr/Mme ESSAIDI
Dr. BELAHSEN WADIA
Générale
Pneumologie
Dr. BELAHSEN WADIA
Générale
Pneumologie
Dr. BELAHSEN WADIA

El BATOU L

1/ Rinomicine
28,70 15x3/;

2/ Bentasa
33,7100 1/2 syrup x 100

3/ Glucophage 1g (02 borts)
28,00+
56,00 1 g x 2/;

4/ Imodium 2mg
30,50 1 gel x 3/

5/ Ompral 20f
52,80 1 gel

6/ Artiflex gel
46,50 1 gel

7/ Uvitaine 13g x 2/;
77,00 1 caps x 2/;

0 619,00
Pharmacie Al MASBAH AL KABIR
Mme SMILI WADIA
9 , Lot El Kora CYM - RABAT
Tél : 05 37 29 06 73
INPE : 102025772

Pharmacie Al MASBAH AL KABIR
Mme SMILI WADIA
9 , Lot El Kora CYM - RABAT
Tél : 05 37 29 06 73
INPE : 102025772

Cachet du médecin



Rinomicine®

Posologie:

Réservez uniques.

Débuter le traitement à l'adulte 6 heures puis

8 heures puis immédiatement à l'adulte.

Mode d'emploi : Diluer le contenu d'un sachet tout

un verre d'eau dans d'un sachet par jour.

Diluer le contenu d'un sachet tout

immédiatement à l'adulte.

bien mélanger et boire



22/70

Laboratoires
Farmaceuticos de
Fabricación de
Yasmine sous la
marca S.A.
Lahlo, S.A.

UFIALL - Pharmaciens Responsables
France par les laboratoires PHARMA 5

مختررات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

OMEPRAL® Promopharm

Oméprazole 20 mg

OMEPRAL Promopharm
Oméprazole 20 mg
14 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240570

59,80

100
11/24
52DH80

Voie orale

14 gélules

Composition

Extrait de fenugrec, vitamines : A, B1, B2, B5, B6, B9, B12, C, E, PP, H; citrate de calcium (Ca = 14,5mg), citrate de magnésium (Mg = 6,5mg), gluconate de fer (Fer = 1mg), arôme orange, épaississant : gomme guar, saccharose, sorbate de potassium, benzoate de sodium, eau purifiée.

VITATINE®

11 vitamines + Fenugrec

Analyse Moyenne	Par 10 ml	AJR *
Fenugrec (extrait)	80 mg	-
Vitamine A	0,7 mg	87,5 %
Vitamine B1	1,12 mg	80 %
Vitamine B2	1,28 mg	80 %
Vitamine B5	4 mg	66,6 %
Vitamine B6	1,6 mg	80 %
Vitamine B9	0,16 mg	80 %
Vitamine B12	0,001 mg	100 %
Vitamine C	48 mg	96 %
Vitamine E	10 mg	100 %
Vitamine PP (Niacine)	12,8 mg	71,1 %
Vitamine H (Biotine)	0,1 mg	36,6 %

*Apport journalier recommandé pour enfant

VITATINE® 125 ml

11 vitamines + Fenugrec



6 111255 810130

Sirop Vitaminique

Goût Orange

FLACON 125 ml

Complément alimentaire n'est pas un médicament

Complément avec édulcorant

Conseil d'utilisation et Indications :

Massage apaisant des manifestations articulaires, occasionnelles ou chroniques. Massage de détente après effort ou fatigue accumulée.
Usage externe appliqué sur les zones douloureuses.

Mode d'emploi : Appliquer le gel trois à quatre fois par jour et frictionner jusqu'à pénétration. Eviter tout contact avec les yeux, les muqueuses ou les lésions cutanées.

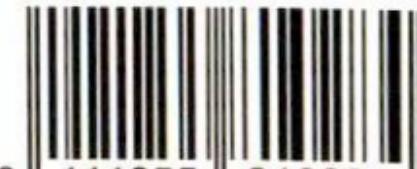
PAO : 12 Mois

Fabriqué par les Laboratoires Ircos 109, Q.I. Sidi Ghanem - Marrakech
Pour Ramo Pharm - 4 Rue Al Oukhouane Beauséjour - Casablanca, Maroc



N° 12012019/UPCHC/DMP20

ARTIFLEX® GEL 30g



6 111255 810284

Tube de 30g

Soins Naturel
Articulations, Muscles



ARTIFLEX® GEL



PENTASA 1G
15 SUPPOSITOIRES
PPV : 337,00 DH
ADSP N° 80/98DMP/21
LABORATOIRES SOTHEMA



6 118001 070466

رخصة التسويق في المغرب: AMM au Maroc: 35/16/DMP/21/NRQ

15 suppositoires



Pentasa®

1g, suppositoires
mésalazine

LOI / ملحوظ

جبل طارق / جبل طارق

FAB/ /

جبل طارق / جبل طارق

EXP// /

UI4612A

07 2022

06 2025

إيموديوم® 2 ملء

عن طريق الفم - 20 كبسولة

احترم المقدار الموصوف
Respecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance - Liste II
يصرف فقط بوصفة طبية - لاحظ
... جلule(s) ... fois/our
pendant ... jours

PER: 08/2027
LOT: 220912

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
6 118000 010845



Glucophage® 1000 mg

Merck

Glucophage® 1000 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221511
EXP 10/2025
PPV 28.00DH

غلو كوفاج
قرص مغلق

كلورهيدرات الميتفوردين
30 قرص مغلق

عن طريق الفم



6 118000 08 1333

CK

28,00