

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.

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.

N° W21-727533

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

02074

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Bechar Mhammed

153677

Date de naissance

15/07/1953

Adresse :

Hay Elmchamadi lot Elouachde El Khaled
ben OUALID N° 15 OUJDA

Tél. :

06 11 87 25 96 Total des frais engagés : 581,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. HAMMOUTI Mohamea
PNEUMOPHTISIOLOGUE
SPECIALISTE DES MALADIES ET DES
ALLERGIES RESPIRATOIRES
104, Bd. Allal Ben Abdellah, Résid. Le Paris
OUJDA - TEL: 05 36 71 09 24

Date de consultation :

10/01/2023

Nom et prénom du malade :

BECHAR MHAMMED

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pneumologie

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 : 13/02/2023

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
12.01			250	INPOL
23	G	6		ALLISTE DES MALADES D'ALLERGIES DES MALADES D'ALLERGIES DES MALADES SINPE
17/03/2016			G	INPOL
23/03/2016				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Dr. en Pharmacie AL KASR TEL : 05 36 52 44 04 11 El Wanda Rue Abou Bakr</p>	10/01/23	<p>280.40 50.50 INPI : 092006594</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <p>Pharmacie AL KARIM Dr en Pharmacie Tél : 05 36 52 44 22 Wanda Rue Abou Bakr</p> <p>17/01/13</p>	17/01/13	<p>Pharmacie AL KARIM Dr en Pharmacie Tél : 05 36 52 44 22 Wanda Rue Abou Bakr</p> <p>17/01/13</p>	

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX. <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PASTEUR PNEUMO

باستور - بنموه

العيادة الطبية الموحدة لأمراض وحساسية الصدر
CABINET MEDICAL DE GROUPE DES MALADIES ET DES ALLERGIES RESPIRATOIRES

Dr HAMMOUCHE Mohammed

Dr HAMMOUTI Mohamed

SPECIALISTES

PNEUMOPHTISIOLOGUES

MEDECINS EXPERTS

Auprès des Tribunaux d'Oujda
Maladies et Allergies Respiratoires

Tuberculose et Tabagisme

Diplômés de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)

الدكتور حموش محمد

الدكتور حموتي محمد

اختصاصيان في أمراض وحساسية الصدر

داء السل والتدخين

أطباء مخبراء محلفين لدى المحاكم بوجدة

خريجي كلية الطب ببانسي (فرنسا)

OUJDA, LE وحدة، في

mardi 10 janvier 2023

Nom et prénom : Mr BENAMAR M'HAMMED

441,20

CEROXIM 500 mg : un cp matin et soir / 5 jours

S.V

2820,00 (40,00).

FEBREX sachet adulte (sans sucre): 1sachet x3/j/2j puis 1sachet x2/j/3j

S.V

79,90

FITORAX sirop adulte:une càs x4/8j

S.V

1916,00

PARANTALVITC1000mg:1cp x 2/5j

S.V

ف.ج.س
العيادة الطبية الموحدة
Pharmacie AL Kast
Pharmacie AL KAOUA
EL MEKKAOUI KAOUA
Dr. en Pharmacie
Tél: 05 36 52 44 94

Dr HAMMOUTI Mohamed
SPECIALISTE DES MALADIES ET DES
ALLERGIES RESPIRATOIRES
OUJDA - TEL: 05 36 71 09 24
INPE: 081072852

Total
280,70

PASTEUR PNEUMO

العيادة الطبية الموحدة لأمراض وحساسية الصدر

CABINET MEDICAL DE GROUPE DES MALADIES ET DES ALLERGIES RESPIRATOIRES

Dr HAMMOUCHE Mohammed

Dr HAMMOUTI Mohamed

SPECIALISTES

PNEUMOPHTISIOLOGUES

MEDECINS EXPERTS

Auprès des Tribunaux d'Oujda

Maladies et Allergies Respiratoires

Tuberculose et Tabagisme

Diplômés de la Faculté de Médecine de Nancy (France)

الطب تور 2 هموش محمد

الطب تور 2 هموش محمد

احساسيان في أمراض وحساسية الصدر

داء السل والتدخين

أطلا مخبراء محلفين لدى المحاكم بوجدة

خريجي كلية الطب بنانسي (فرنسا)

OUJDA, LE

17/01/2023

وجدة، في

BENAHAR H'AMMED

20,00

CODETUX : une cuillère à soupe trois fois/j / 10 jours

30,00

NEOTRAVISIL : une pastille tout les 6 heures / 6 jours

ANAPRED 20 mg : cp effervescent : deux cp /j / 5 jours.
après le petit déjeuner.

50,00

Dr HAMMOUTI Mohamed
SPECIALISTE DES MALADIES ET DES
ALLERGIES RESPIRATOIRES
104, Bd. Allal Ben Abdellah, Résid. Le Paris
OUJDA - TEL: 05 36 71 09 24
INPE: 081072852

القمر
القمر
Pharmacie AL KASR
Dr. en pharmacie
EL MEKKAOUI Kaouther
Tél: 05 36 52 44 82
Dr. en pharmacie
EL MEKKAOUI Kaouther
Tél: 05 36 52 44 82
Dr. en pharmacie
EL MEKKAOUI Kaouther
Tél: 05 36 52 44 82

NEOTRAVISIL®

Citron et miel

SUN
PHARMA



Lot N°:
Fab.:
Exp.:

LNTHL21001
03/2021
02/2024

Prix: 30DH00

Ce produit est un complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.
Posologie et mode d'administration:
Adultes 18 ans et plus : - Prendre une pastille chaque 3-4 heures, ne pas dépasser 6 pastilles par jour.
La pastille doit être placée dans la bouche et retenue jusqu'à dissolution. Ne pas manger ou boire 5 min après la prise de la pastille.

Propriétés nutritionnelles:
Neotravisi® Citron et Miel aide à soulager :
- Tous types de toux d'origine infectieuse ou asthmatique
- Toux associée au reflux gastro-oesophagien
- Toux du chanteur et toux de l'orateur

كوديتوكس شراب بالكوديين

POSOLOGIE :

Selon prescription médicale.

En moyenne :

1 cuillerée à soupe 3 à 4 fois par jour.

مقادير :

سب تعليمات الطبيب.
ة ملعقة كبيرة من 3 إلى 4 مرات في اليوم.

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال -
المقادير وكيفية الاستعمال :
اقرأ البيان داخله.

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

CODETUX®
Codeiné camphosulfonate
Sirop Adulte - Flacon de 180 ml

PP.V.: 20,50 DH



6 118000 190301

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 : Aspartam.

Forme Pharmaceutique : Granulés pour solution buvable.
Boîte de 8 sachets.

Indications thérapeutiques :

Traitement symptomatique des :

- États grippaux
- Rhinites allergiques / rhumes
- Rhinopharyngites

Mode et voie d'administration : Voie orale.

Réserve 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 l'abri de la lumière et à une température inférieure à 25°C et à

LOT : 9655
UT.AV : 06-25
PPV : 20DH00

FEBREX... Malte Sans Sels



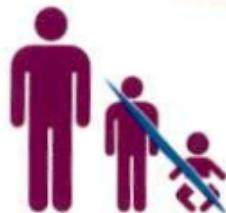
6 118000 310631

FEBREX®

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippeux
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharm'era
l'abri de l'humain.

Sans Sucre



Voie Orale

FEBREX® Adulte Sans Sucre



PHARM'ERA
PP
9655
06-25
1400

10 Comprimés

Ceroxim® 500mg
Boîte de 10 comprimés



6 118000 380115

PPV:
Lot n°:
EXP:

141DH20

211233/1
11/2023

10 COMPRIMES EFFERVESCENTS
PARACETAMOL •

ALC 1000®
10 Comprimés effervescents



6 118000 380115
ARANTAL C 1000®

PPV 19DH60
EXP 03/2025
LOT 230232

فيتوداكس®

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات طبيعية و زيوت أساسية + فيتامين C

للكلبار
لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل

مكون من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot : 220105
À consommer
avant le : 03/2025

PPC : 79,90 DH