

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.

M22- 0036102

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M1533

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASR Mouna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0600643493

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) : 

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2023-23	168,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CASABLANCA ,LE : 20/03/2023

Mlle TAFROUTE AYA

6000

COTIPRED 20 MG

18

3 CP PAR JOUR EN 1 SEULE PRISE

75,50

BISPIRAZOLE

1

1 CP X 3 FOIS PAR JOUR

14,00

DOLIPRANE 1000

18

1 CP X 2 FOIS PAR JOUR

18,90

BUCCOTHYMOL

18

BAINS DE BOUCHE 2 .. 3 FOIS PAR JOUR

14,8,40



Dr TOUIJAR Rachid
Chirurgien Dentiste
Angle Bd Abderrahmane et Rte
d' Azemmour N° 6 - Casablanca
Tél: 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

COMPOSITION :

Paracétamol 1000 mg

Excipients qsp un comprimé

INDICATIONS : Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, la douleur de l'arthrose.

Réserve à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (environ à partir de 15 ans).

اللوكية :

باراسيطامول

سوسولات كوبية ١٠٠٠ ملغ

واحد.

دواعي الاستعمال : يتم استخدامه لعلاج الآلام أو الحمى على سبيل المثال في

حالة الصداع والآلام العصبي والآلام العصبي والآلام الدورة الشمية، وآلام

الظهر، المفاصل.

هذا التقديم مخصوص للأطفال وللبالغين والأطفال من 50 كغ فما فوق (حوالي 15 سنة).

09/22
100321LOT : N547
PER : 02/26
P/N : 1440HO0

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE**1000 mg****Adulte****VOIE ET MODE D'ADMINISTRATION :**

Voie orale.

Avaler les comprimés avec un grand verre d'eau.

POSOLOGIE : Lire attentivement la notice.

Tenir hors de portée et de vue des enfants.

يحظى بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

طريقة الاستعمال :

عن طريق الفم

إذ يبلغ للأفراد متوسط كوب كبير من الماء.

إذ لا ينصح به عنده.

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

يحظى بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.

bottU/R

82, Allée des Casuarines - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ

45X1897

دوليران

باراسيطامول

10 أقراص قابلة للكسر

1000 ملغ**Doliprane® 1000 mg**
Paracétamol

10 Comprimés sécables

للكبار

الأوجاع و الحمى
6 118000 040972

15 Comprimés sécables

BISPIRAZOLE®

Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

Voie Orale

b bottu s.a



COMPOSITION

Spiramycine 1 500 000 U.I.
Métronidazole 250 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé sécable



bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

BISPIRAZOLE®

Spiramycine 1,5 MUI et Métronidazole 250 mg

15 Comprimés sécables



03/15
100013

15 قرصاً قابلاً للكسر

بِسْپِرَازُول
سبيراميسين 1.5 م و ميترونيدازول 250 ملخ

عن طريق الفم

b بوتي ش



POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Adulte : 2 à 3 comprimés par jour.

INDICATIONS, MISES EN GARDE SPECIALES

Se reporter à la notice intérieure.

97x45x30

بوتي ش
عمر الكازاريانس - عين السبع - الدار البيضاء
من. البيوشوسي - صيدلي مسؤول



AMM N° 1379 DMP/21/NNP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

بیکو تیمول

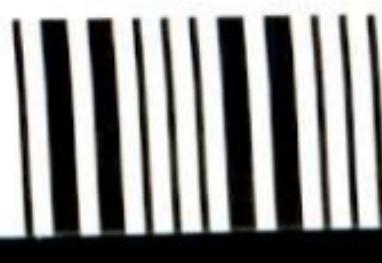
باللیدوکایین

قارورة 150 مل

محلول غسول للفم

غرغرة

18,90



Cotipred®

prednisolone

(métasulfobenozoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables

AMM N° 306 DMP/21/NCdP

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

18

ج. 20
ج. 20

ج. 20

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables
6118000 041016

20 mg

(métasulfobenozoate sodique)

prednisolone

Cotipred®

كوتبرد®

بردنزلون®
(ميتاسلفوبينزوات صوديك)

20 ملغ

20 قرصاً فواراً
قابلاً للكسر

secables
effervescents
20 comprimés



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenozoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenozoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notable : voir notice

PPV: 40DH00

PER: 02/26

LOT: M383



bottu s.a.
82, Allée des Cognassines - Ain Sefra - Constantine
Sfax - Tunisie - Pharmacie Responsable

100165
05/14