

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **11596**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ADIL AmaL**

Date de naissance :

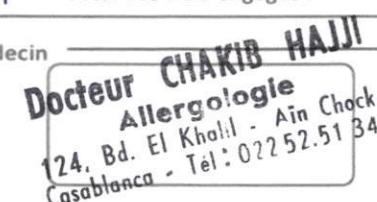
Adresse :

Tél. : **0522 219481**

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfan

Nature de la maladie :

ADIL AmaL

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'atté 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 : **03 MAI 2021**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
10/04/83	C	1	250 dt	INPE:091070961 Docteur CHAKIB HAJJI Allergologie Khalil - Ain Chock 22.52.51.34

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/23	270,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

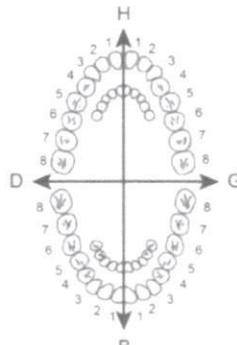
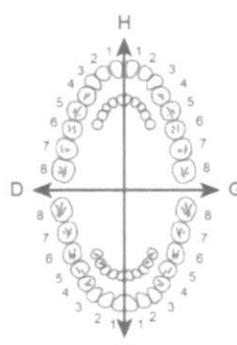
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	B	00000000 00000000 35533411 11433553	G	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'EXE

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12563

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Houssam El Sayed

Date de naissance :

27/04/87

Adresse :

Riad Al Andalous, Narbella 3, Imm. 59, Apt. 21
Houssam RABAT

Tél. :

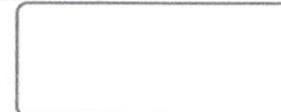
06 78 49 07 01

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

14/04/23

Nom et prénom du malade :

Belfemlih Yihane

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

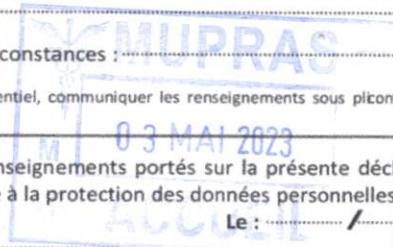
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

de l'adhérent(e) :



Le :



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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/10/2023	4.37,40

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.																				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT 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 PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
		D	00000000	00000000																
		<hr/>																		
B		35533411	11433553																	
G																				
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																				

Docteur Chakib HAJJI

Diplômé en Allergologie et Immunologie Clinique
 (Faculté de Médecine de Limoges)
 Ex. Médecin Attaché au CHU de Tours

MALADIES ALLERGIQUES

124, Bd El Khalil, Hay Moulay Abdellah
 Ain Chock - Casablanca
 Tél : 0522 52 51 34 / GSM : 06 63 33 60 16

Sur RDV

Casablanca, le

10/04/23

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله
 عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 52 51 34 / النقال : 06 63 33 60 16

بالموعد

INPE:091070961

TADILAMAL

ICE :
 002193518000013

78.30 - Tamkan 14 x 31 j 20 زم زم

149.00 - B.N.S.N.A N°1 N°1 N°1 N°1

50.10 - Tangail 14 x 21 j 16

270.40 /

Docteur CHAKIB HAJJI
 Allergologie
 124, Bd El Khalil, Ain Chock
 Casablanca - Tel: 0522 52 51 34

الدكتور شاكيب حاجي

دبلوم أمراض الحساسية والمناعة

كلية الطب بليموج

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بتور

أمراض الحساسية

رقم 124. شارع الخليل حي مولاي عبد الله
 عين الشق - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 52 51 34 / النقال : 06 63 33 60 16

71.80

8 780 113 827 0 PER

Lot No: 066S032A
 FAB: 06/2022
 EXP: 06/2024
 PPV: 149DH00

Maphar
 Bd Alkimiia N° 6, QL.
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Tangail 600mg cp b30
 P.P.V : 50,10 DH

E 118001 183340

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice: elle contient des informations importantes pour le consommateur. Ceci est un ~~prescription médicale~~. Toutefois, ~~afin~~ selon les indications ~~de~~

- Gardez cette
- Si vous avez
médecin et/o
- Si les symptô

médical disponible sans efficacité, il doit être utilisé

, adressez-vous à votre
z votre médecin.

Repadina®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH

®

HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
ovules vaginaux

COMPOSITION

Acide hyaluronique sel sodique, Centella asiatica, Calendula, Aloe vera, Melaleuca, glycérides semi-synthétiques, BHT.

PRESENTATION

Repadina se présente sous forme d'ovules pour utilisation vaginale. L'emballage contient 10 ovules vaginaux de 2 g.

QU'EST-CE QUE C'EST ET POURQUOI C'EST UTILISE

Repadina ovules vaginaux exerce son activité grâce à la présence de l'acide hyaluronique, un mucopolysaccharide qui est abondamment distribué dans de nombreux tissus corporels. L'acide hyaluronique agit comme support structurel, ce qui procure tonicité, trophisme et élasticité aux tissus. De nombreuses études cliniques ont démontré la capacité de l'acide hyaluronique à accélérer et à améliorer le processus d'épithérialisation et de réparation tissulaire.

INDICATIONS

Traitements adjuvants des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en œstrogène.

QUAND IL NE DOIT PAS ETRE UTILISE

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité individuelle à l'un des composants du produit.

Grossesse et allaitement

Dans ces circonstances, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation d'équipements ou de machines

Aucune précaution particulière n'est requise.

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice: elle contient des informations importantes pour le consommateur. Ceci est un ~~prescription médicale~~. Toutefois, ~~afin~~ selon les indications ~~de~~

- Gardez cette
- Si vous avez
médecin et/o
- Si les symptô

médical disponible sans efficacité, il doit être utilisé

, adressez-vous à votre
z votre médecin.

Repadina®

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH

®

HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
ovules vaginaux

COMPOSITION

Acide hyaluronique sel sodique, Centella asiatica, Calendula, Aloe vera, Melaleuca, glycérides semi-synthétiques, BHT.

PRESENTATION

Repadina se présente sous forme d'ovules pour utilisation vaginale. L'emballage contient 10 ovules vaginaux de 2 g.

QU'EST-CE QUE C'EST ET POURQUOI C'EST UTILISE

Repadina ovules vaginaux exerce son activité grâce à la présence de l'acide hyaluronique, un mucopolysaccharide qui est abondamment distribué dans de nombreux tissus corporels. L'acide hyaluronique agit comme support structurel, ce qui procure tonicité, trophisme et élasticité aux tissus. De nombreuses études cliniques ont démontré la capacité de l'acide hyaluronique à accélérer et à améliorer le processus d'épithérialisation et de réparation tissulaire.

INDICATIONS

Traitements adjuvants des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en œstrogène.

QUAND IL NE DOIT PAS ETRE UTILISE

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité individuelle à l'un des composants du produit.

Grossesse et allaitement

Dans ces circonstances, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation d'équipements ou de machines

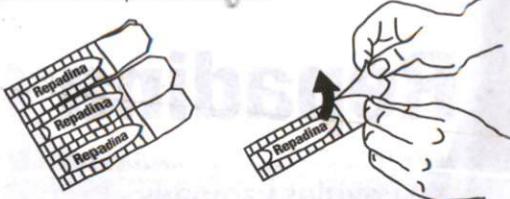
Aucune précaution particulière n'est requise.

INTERACTIONS AVEC D'AUTRES PRODUITS

Les interactions avec d'autres produits ne sont pas connues, cependant il est conseillé de consulter un médecin avant l'utilisation de Repadina ovules vaginaux. L'interaction avec d'autres dispositifs médicaux ou médicaments à utilisation vaginale.

COMMENT UTILISER

Retirez les deux languettes pré-découplées du blister et l'insérer profondément dans le vagin. Il est recommandé de se laver les mains avant et après chaque utilisation du dispositif médical.



QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS

Utiliser un ovule par jour, de préférence le soir avant de se coucher, ou selon l'ordonnance médicale. La durée d'utilisation dépend de l'évolution des symptômes; si nécessaire, Repadina ovules vaginaux peut être utilisé pendant de longues périodes.

EFFETS INDESIRABLES

L'utilisation de tout produit à usage local, particulièrement pendant une période prolongée, peut provoquer une sensibilisation. Dans ce cas, il est conseillé d'interrompre le traitement et de consulter un médecin afin d'entamer un traitement approprié. Si d'autres effets indésirables surviennent, veuillez en informer votre médecin ou pharmacien.

PRECAUTIONS

Tenir hors de la portée des enfants. Eviter le contact avec les yeux. Ne pas avaler.

EXPIRATION STOCKAGE ET DESTRUCTION

La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conservé correctement. Ne pas utiliser le produit après la date d'expiration ou si celui-ci est ouvert ou endommagé. Conserver le dispositif médical à l'abri de la lumière et de la chaleur, de préférence à une température entre 4°C et 25°C. Les dispositifs médicaux ne doivent pas être jetés dans les égouts ou avec les ordures ménagères. Demander à votre pharmacien ce qu'il faut faire des dispositifs médicaux qui ne sont plus utilisés. Ces mesures permettent de protéger l'environnement.

DISPOSITIF MEDICAL C E 0373

Autorisation DMP N° 2630/258/2015/DMP/20/DM



Fabricant: **FARMA-DERMA s.r.l.**
Via dell'Artigiano 6-8 – 40010 Sala Bolognese (BO) – ITALIE (ITALY)

PROMOPLUS
HARMA

Distributeur: **PROMOPLUS PHARMA**
Hay Raja 2 N°100 – BP 401, Had Soualem, MAROC

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice: elle contient des informations importantes pour le consommateur. Ceci est un dispositif médical disponible sans prescription médicale. Toute utilisation doit être réalisée conformément aux indications prescrites par votre médecin.

- Gardez cette notice
- Si vous avez besoin d'aide, consultez votre médecin et/ou pharmacien
- Si les symptômes persistent ou s'aggravent, consultez votre médecin.

La date d'expiration fait référence au produit dans son emballage fermé et conservé correctement.

Si le produit n'est pas utilisé dans les délais indiqués, il doit être utilisé

et non pas jeté.

Conseil: Consultez votre

médecin.

LOT



ACI

ACIDE HYALURONIQUE SODIQUE 5 mg

ovules vaginaux

COMPOSITION

Acide hyaluronique sel sodique, Centella asiatica, Calendula, Aloe vera, Melaleuca, glycérides semi-synthétiques, BHT.

PRESENTATION

Repadina se présente sous forme d'ovules pour utilisation vaginale. L'emballage contient 10 ovules vaginaux de 2 g.

QU'EST-CE QUE C'EST ET POURQUOI C'EST UTILISÉ

Repadina ovules vaginaux exerce son activité grâce à la présence de l'acide hyaluronique, un mucopolysaccharide qui est abondamment distribué dans de nombreux tissus corporels. L'acide hyaluronique agit comme support structurel, ce qui procure tonicité, trophisme et élasticité aux tissus. De nombreuses études cliniques ont démontré la capacité de l'acide hyaluronique à accélérer et à améliorer le processus d'épithérialisation et de réparation tissulaire.

INDICATIONS

Traitement adjvant des processus de réparation des états atrophiques et dystrophiques de la muqueuse vaginale. Il favorise la cicatrisation lors du post-partum, en chirurgie gynécologique, dans les dystrophies consécutive à la chimiothérapie, aux radiations ionisantes et à la sécheresse vaginale, également due à une carence en œstrogène.

QUAND IL NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ

Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité individuelle à l'un des composants du produit.

Grossesse et allaitement

Dans ces circonstances, il est nécessaire de consulter votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation d'équipements ou de machines

Aucune précaution particulière n'est requise.