

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-792701

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <u>102978</u>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société : <u>RAM</u>
Nom & Prénom : <u>SOUAÏMI SAMIRA</u>			
Date de naissance :			
Adresse : <u>165 rue Stuelle</u>			
Tél. : _____ Total des frais engagés : <u>1237,30</u> Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/	Age:	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

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

#### **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
	21/03/2023 INPE : 077009573	1237,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

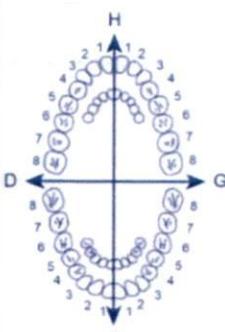
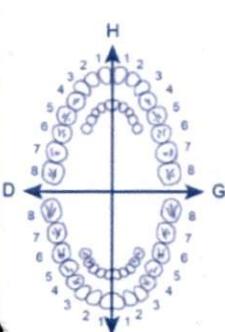
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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.

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 ————— G 00000000   00000000 35533411   11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE GUELIZ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE

DR. MOHAMED L. EL YAMANI

Spécialiste en Hépato Gastro Entérologie

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex Médecin à l'Hôpital Régional de Marrakech



مركز جليز لأمراض الجهاز الهضمي  
الدكتور محمد أ. اليماني

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

حاصل على شهادة كلية الطب و الصيدلة بباريس

طبيب سابق بالمستشفى الجوي بمراكش

Marrakech le, 21/03/2023

Mme SOULAIMI Samira

123,60x3

INEXIUM 40



1 cp matin et soir du 1e au 14e jour

Puis 1 cp par jour, le matin avant le repas, du 14e au 28e jour

55,00  
103,60

AMOXIL 1 g

1 cp matin et soir du 1e au 14e jour

192,20x2

ZECLAR 500 mg

1 cp matin et soir du 1e au 14e jour

68,00x5

TIBERAL 500 mg

1 cp matin et soir du 1e au 14e jour

89,00x2

MAXIFLORE

1 cp matin et soir du 1e au 14e jour

1237,30



شقة رقم 2 - عمارة التحفيظ أ - شارع يعقوب المنصور - جليز - 40000 - مراكش

Appt. A2 - Imm. Nakhil A - Av. Yacoub El Mansour - Gueliz - 40000 - Marrakech

Telephone : 0524 421 221 / 0524 43 43 22 | الملف : 0624 73 79 90

E-mail : cggagenda@gmail.com - Dr.ElyamaniGastro@gmail.com | البريد الإلكتروني :

192,20



192,20

PPV : 103,60 DH  
LOT : 650871  
PER : 10/24



PPV : 103,60 DH  
LOT : 650871  
PER : 10/24

PPV : 55,00 DH  
LOT : 651315  
PER : 11/24



6 118000 160038

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

**Composition par comprimé :**

Ornidazole (DCI)..... 500 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 Comprimé

**Tibéral® 500 mg** 

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

N° D'AMM : 736/16DMP/21/NRQ  
LOT : 22119 PER : 09/2027  
PPV : 48,50 DH

Laboratoires **Steripharma**  
sous licence des Laboratoires SERB  
Z.I Lina N° 347 Sidi Mâarouf - Casablanca  
Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

10 comprimés pelliculés

**Tibéral® 500 mg**  
**Ornidazole**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

**Composition par comprimé :**

Ornidazole (DCI)..... 500 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 Comprimé

**Tibéral® 500 mg** 

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

N° D'AMM : 736/16DMP/21/NRQ  
LOT : 22119 PER : 09/2027  
PPV : 48,50 DH

Laboratoires **Steripharma**  
sous licence des Laboratoires SERB  
Z.I Lina N° 347 Sidi Mâarouf - Casablanca  
Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

10 comprimés pelliculés

**Tibéral® 500 mg**  
**Ornidazole**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I : A ne délivrer que sur ordonnance

**Composition par comprimé :**

Ornidazole (DCI)..... 500 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 Comprimé

**Tibéral® 500 mg** 

10 comprimés pelliculés



6 118000 280231

N° D'AMM : 736/16DMP/21/NRQ  
LOT : 22119 PER : 09/2027  
PPV : 48,50 DH

Laboratoires **Steripharma**  
sous licence des Laboratoires SERB  
Z.I Lina N° 347 Sidi Mâarouf - Casablanca  
Amine Tahiri - Pharmacien Responsable

10 comprimés pelliculés

**Tibéral® 500 mg**  
**Ornidazole**

SYSTÈME  
IMMUNITAIRE®

# Maxi-Flore®

Maxi-flore® est composé de 4 ferments lactiques et de 2 prébiotiques.  
L'ajout de vitamine D contribuant au fonctionnement normal du système immunitaire\*. Comprimé Gastro-résistant.

M1015

## Valeur nutritionnelle pour 1 comprimé :

Lipides.....	8,89 mg
Protéines.....	23,80 mg
Glucides.....	251,80 mg
Valeur énergétique.....	2,80 Kcal

## Ingédients pour 1 comprimé :

Fibres : fructo-oligo saccharide, inuline.	
<i>Bifidobacterium breve</i>	
<i>Bifidobacterium longum</i>	10 millions de gérumes/comprimé
<i>Lactobacillus acidophilus</i>	
<i>Lactobacillus rhamnosus</i>	

Excipient : Amidon de riz, cellulose micro-cristalline, matière grasse végétale, stéarate de magnésium, silice.

Conseil d'utilisation : 1 à 2 comprimé par jour

Complément alimentaire, ce produit n'est pas un médicament.

- Voie orale.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Se conserve à température ambiante
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ce produit ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain.

Lot : F11/21  
Duo : 11/24  
PPC : 89 DH

Poids net : 15 g



HYPHADIET, 9 Rue Rahal Meskini, FEZ VN,  
Tel : +212 535651998 - www.hyphadiet.com  
Laboratoire SYNERGIA, 43500 Beaune sur Arzon  
Tél. 00 33 (0)4 77 42 30 10 - www.synergia.eu  
Autorisation du ministère de la santé N° :  
20211107626/RQv3/CA/DMP/18

SYSTÈME  
IMMUNITAIRE®

# Maxi-Flore®

Maxi-flore® est composé de 4 ferments lactiques et de 2 prébiotiques.  
L'ajout de vitamine D contribuant au fonctionnement normal du système immunitaire\*. Comprimé Gastro-résistant.

M1015

## Valeur nutritionnelle pour 1 comprimé :

Lipides.....	8,89 mg
Protéines.....	23,80 mg
Glucides.....	251,80 mg
Valeur énergétique.....	2,80 Kcal

## Ingédients pour 1 comprimé :

Fibres : fructo-oligo saccharide, inuline.	
<i>Bifidobacterium breve</i>	
<i>Bifidobacterium longum</i>	10 millions de gérumes/comprimé
<i>Lactobacillus acidophilus</i>	
<i>Lactobacillus rhamnosus</i>	

Excipient : Amidon de riz, cellulose micro-cristalline, matière grasse végétale, stéarate de magnésium, silice.

Conseil d'utilisation : 1 à 2 comprimé par jour

Complément alimentaire, ce produit n'est pas un médicament.

- Voie orale.
- Tenir hors de portée des enfants.
- Se conserve à température ambiante
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Ce produit ne se substitue pas à une alimentation variée et équilibrée et à un mode de vie sain.

Lot : F11/21  
Duo : 11/24  
PPC : 89 DH

Poids net : 15 g



HYPHADIET, 9 Rue Rahal Meskini, FEZ VN,  
Tel : +212 535651998 - www.hyphadiet.com  
Laboratoire SYNERGIA, 43500 Beaune sur Arzon  
Tél. 00 33 (0)4 77 42 30 10 - www.synergia.eu  
Autorisation du ministère de la santé N° :  
20211107626/RQv3/CA/DMP/18

0

000

0000000000

14

comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

مع 40

إينكسيوم®

إزو ميرازول

14

قرص صامد  
لحموضة المعدة  
عن طريق الفم

SYNTHEMEDIC



22 rue zoubeir bnou al aquam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH



6 118001 020607

AstraZeneca

0

000

0000000000

14

comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

مع 40

إينكسيوم®

إزو ميرازول

14

قرص صامد  
لحموضة المعدة  
عن طريق الفم

SYNTHEMEDIC



22 rue zoubeir bnou al aquam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH



6 118001 020607

AstraZeneca

0

000

0000000000

14

comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

مع 40

إينكسيوم®

إزو ميرازول

14

قرص صامد  
لحموضة المعدة  
عن طريق الفم

SYNTHEMEDIC



22 rue zoubeir bnou al aquam roches  
noires casablanca

INEXIUM

40 mg

Cpr GR

Boîte 14

641/15DMP/21/NRQ P.P.V: 123,60 DH



6 118001 020607

AstraZeneca