

# 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *13301*

Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *SADIA Moustapha*

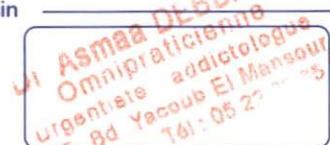
Date de naissance : *23/02/1989*

Adresse : *Rés. Tadika El Oulfa, Casablanca*

Tél. : *06.70.22.86.63* Total des frais engagés : *578,70* 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 :

*Afut: Opt*

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 : *Casablanca*

Le : *08/05/2023*

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
10/05/2023	CPA	1	200.00	Dr Asmaa DEBBACHE Oncopratrice Dr Yacoub El Mansour Tél : 0522 00 00 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AHMED T. MALKI - Non dûne ance de L... Imm 7 N° 1 - El Ouled 22 89 83 34 - Casablanca	11/06/23	378.70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 4x4 grid of circles representing the Chinese Checkers board. The columns are labeled D, H, G, and B from left to right. The rows are labeled 1 through 8 from top to bottom. Each circle contains a number representing its value: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: H (1), G (2), B (3), D (4)
- Row 2: H (2), G (3), B (4), D (5)
- Row 3: H (3), G (4), B (5), D (6)
- Row 4: H (4), G (5), B (6), D (7)
- Row 5: H (5), G (6), B (7), D (8)
- Row 6: H (6), G (7), B (8), D (8)
- Row 7: H (7), G (8), B (8), D (7)
- Row 8: H (8), G (8), B (8), D (8)

**[Création, remont, adjonction]**  
tionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

#### VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

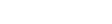
المستعجلات : 0660 54 54 23

Casablanca le : ٢٣ / ٠٤ / ٢٠٢٣ : الدار البيضاء في :

Mr Mustapha SADIK

DR. ABDERRAHMANE RAYAN  
PHARMACIE AHDHE DIBIA  
NOURREDDINE ALKI  
Résidence El Oultz  
Essalam « Al Doha » GH 9  
83 34 - Casablanca

① Helser 1g  
182.0<sup>o</sup>  
 $(28 \times 8)$ , 8' long  
Residencia de la Cia. El Ocaso  
Avda. 10 de Noviembre 1083 34 - Casablanca

10.00  
② Pre-Lin W  
38mm  :  

$\text{S}^3, \infty$   
⑧ Duktus gel. Sauer  $\text{O}_2$   $\text{CO}_2$

sig.16 Asma DEBBACHE  
Oncopaticienne  
Urgencie audiologue  
235 Bd Yacoub El Mansour  
Tunis 7010532  
0932 22 15 32

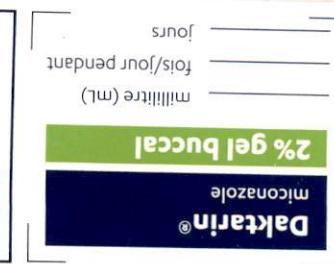
① Bétabdine D  
25,00 1mp x 2/j  65

② Doliprane 1g  
1h.60 1cp x 2/j  25

378,70

Dr Asmaa DEBBAGH  
Omnipraticienne  
Urgentiste addictologue  
235 Bd Yacoub El Mansour  
Casablanca Tel: 05 22 26 95 22

Dr. NAIK / Dr. AHMED RAYAN  
Praticienne Cite Essalam Addohas GH 9  
Tunis 77 N 1 E Oulfa  
Tel: 22 29 82 34 - Casablanca





8 comprimés effervescents sécables

Adulte

Doliprane®  
PARACETAMOL  
1000 mg

Doliprane®  
PARACETAMOL

1000 mg

8 comprimés effervescents sécables

DOULEURS ET FIEVRE

Doliprane® 1000 mg  
PARACETAMOL

8 comprimés effervescents sécables



6 118000 040361

Conserver le tube bien fermé  
à l'abri de la chaleur et  
de l'humidité.

NE LAISSER NI A LA PORTEE,  
NI A LA VUE DES ENFANTS.

AMM N° 41/19DMP/21/NRQDNM

battu s.a.  
B2 AlMa des Casuarina - Ain Sefra - Casablanca  
S. Rechouf - Pharmacien Responsable



Adulte  
à partir de  
15 ans



Adulte  
à partir de  
15 ans



الكبار  
ابتداء عن  
15 سنة

14,60  
P.Y. 1 4 0 H 6 2 5  
P.Y. 1 1 7 8 4  
L 3 7 8  
P.Y. 1 1 0 T  
P.Y. 1 1 0 T

06.19  
100028

دوالپران  
باراسيتامول  
1000 ملغم

أقراص فواره

الأوجاع و الحمى

**Composition :**

Paracétamol ..... 1000 mg  
Excipients qsp. .... pour 1 comprimé effervescent.

**Mode et voie d'administration :** Voie orale.

Laisser dissoudre complètement le comprimé dans un verre d'eau.  
Boire immédiatement après.

**indications :** Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, régimes douloureuses. Réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 15 ans.

**Posologie :** 1/2 à 1 comprimé par prise à renouveler si nécessaire, jusqu'à trois comprimés par jour. Respecter un minimum de 4 heures entre 2 prises.

31x31x75

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



علبة من 3 أقراص  
عن طريق الفم

أزيتروميسين

500 ملغ

أَزِيد



الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المصادر وكيفية الاستعمال: إقرأ البيان داخله.  
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احسروا الجرعات المحددة  
Respecter les doses prescrites

Boîte de 3 comprimés  
Voie Orale

AZ  
Azithromycine  
500 mg



Composition :

Azithromycine (DCI) ..... 500 mg  
Excipient q.s.p ..... 1 comprimé  
Excipient à effet notable : lactose.  
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب  
G Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ® 500 mg  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH

6 118000 190097

45x20x100  
4

EAZ B B 2 V FA 02

ITEM 60

6

des 35-6  
DES ENFANTS

25°C 30mV 5% RH 40% RH  
100% RH  
100% RH

11/18

PPV : EXP : LOT N°



## Crème dermique Tube de 10 g

**CICLOVIRAL® 5%**

## Aciclovir

卷一

LOT:224709  
EXP:10/25  
PPV:59DH10

EXP:10/25  
PPV:59DH10

PPV:59 DH10

 AFRIGO-PHAR

**Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR**  
sous licence des Laboratoires MEDINFAR  
Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda  
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)  
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630  
Mohammedia, Maroc

Respecter les doses prescrites

صانع من طرف مختبرات أفيك - فلار  
يذكر بعض من مختبرات مودينفلر  
النطئة الصناعية عن حرونة غرب  
الطريق الجبوري رقم 322 - الطريق الثاني  
كله 12.400 بين حرونة 28630 والم

CICLOVIRAL® 5%

Crème dermique  
Tube de 10 g



A standard linear barcode representing the number 6 118000 070320.

5001498

Crème dermique  
Tube de 10 g

CICLOVIRAL® 5%  
Aciclovir