

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	3560	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom :		OUASSIJI MOHAMED	
Date de naissance :		01.01.1949	
Adresse :		38, LOT SABA ET 2 APT 2 OULIN	
Tél. :		06 637 07 145 Total des frais engagés :	
613,7 Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	26/04/2023	Age :	61
Nom et prénom du malade :	BAALAL MALIK		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Alzheimer + alzheimer		
Affection longue durée ou chronique	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
SP MU			
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 : 24/05/2023

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
21/04/2023	S		200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE AN-NIA nent Assata - HYMN 10, 4A, Outa Lia - Tel: 0520 93 46 70	24/4/2023	413,70

INPE: 092010578

ANALYSES - RADIOGRAPHIE

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.

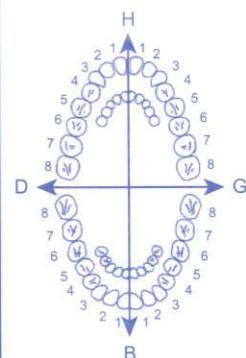
Important :

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI

Omnipraticienne

Diplômée en échographie
Diplômée en Gynécologie
Suivi de grossesse et Infertilité
de l'université de Bordeaux



الدكتورة أسماء فائق السعودية

طبيبة (رجال . نساء . أطفال)

شهادة جامعية في الفحص بالصدى

شهادة طب النساء متابعة الحمل

صعوبات الانجذاب و العقم

من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le

24/04/2023

مَيْدَنِيَّةُ الْأَسْبَاهِ
PHARMACIE CAN-NIA
al-Sassaneri Assata - 1mm 16, 4A - Oujda
Casablanca - Tel 0522 93 46 30

Dr. FAIK E.
San İbrahim
at Alyousr GH 1 B firm C
farah salam
05 2 89 41

إقامة اليسر 1B GH، عماره 07 شقة رقم 1 الطابق السادس، فرح السلام، الألفة-البيضاء-الهاتف : 05 22 89 41 42

Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

®

رينو ميبين

مسحوق لتحضير الشراب

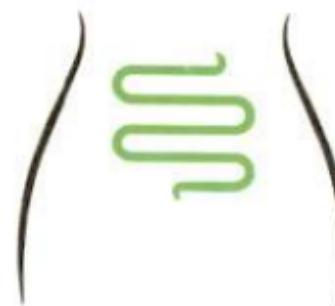
أكياس 10

مخابرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول



alflorex®

pour le Syndrome de l'Intestin Irritable



Réduction prouvée des symptômes
du Syndrome de l'Intestin Irritable

Incluant :

- Ballonnements et gaz
- Douleurs abdominales
- Diarrhée et constipation



30 GÉLULES

1 mois de
traitement

BIOCODEX

SYMBIOSYS
alflorex®

pour le Syndrome de l'Intestin Irritable

Poids net : 7,5 g e

TO/SBZEE

LOT

103007



2024/03

Importateur Exclusif
BIOCODEX MAROC
B.P 126 Nouaceur
www.biocodex.ma

P.P.C.: 245,00 DH
CE N°: 34757/2019/DMP

BROCLAR®

15 mg / 5 ml, Sirop

Ambroxol chlorhydrate



**Maintenir hors de la portée et de la
vue des enfants**

Conserver à une température inférieure à 30°C

Réservé à l'adulte

Voie Orale

200 ml de Sirop

PPV: 30DH00

Composition :

AMOXICILLINE..... 1g

(sous forme trihydratée)

ACIDE CLAVULANIQUE..... 125mg

(sous forme de clavulanate de potassium)

Contient de l'aspartam.

Conserver à une température inférieure
à 25°C et à l'abri de l'humidité.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice.

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance. Liste I

NEOCLAV 1g/125mg
Boîte de 16 sachets



6 118000 310594

NEOCLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

*Poudre pour
suspension buvable
en sachet*

LOT : 2137
PER : 03-21
P.P.V : 116DH00

16
Sachets

**Antibiotique
Voie orale**

Laboratoires Pharmaceutiques Pharmed

NEOCLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g/125 mg

Posologie :

2 à 3 g/jour en 2 à 3 prises
selon la prescription médicale
et l'infection concernée.



Mode d'emploi :

- 1- Déchirer le haut du sachet-dose
et verser la poudre dans un verre.
- 2- Rajouter un peu d'eau.
- 3- Remuer quelques secondes
et boire immédiatement.