

# 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.

M23-007046

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12569

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IFRI QUINE ISMAÏL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 : .....  
*Angina*

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
26/10 2023	1	5	220,20	091195900

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ANNEE 2023	26/10/2023	220,20
		NP 092108034

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	D	MONTANTS DES SOINS		
	G	DATE DU DEVIS		
	B	DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Nadia EL HARIM**

Omnipraticienne

Gynécologie Médicale & Suivi de Grossesse  
Médecine de l'Obésité & Diabète, Nutrition  
Mésothérapie - Traitement de la Douleur  
Échographie Générale et Obstétricale  
Diplômée de l'Université Paris V - Paris VI

☎ : 0522 230 190



الدكتورة نادية الهمار  
الطب العام

أمراض النساء و تتبع الحمل  
طب السمنة و السكري و التغذية  
ميزوثيرابي - علاج الألم  
الفحص بالصدى  
خريجة جامعة الطب بباريس V - VI

0522 230 190: ☎

Casablanca, le : 26/10/2023

H. Igri givare D'mail

1 - Amonil cp 1g

ssm 14 (S) e, r

2 6g

2 filopelis 6g

lin 2 4 28 f

3 - Enironen cp 200 (S)

4580 1 cp x 3 1

D. L'CAMME Maroc Casablanca  
Pharmacie Rive Gauche  
ADNL  
Casablanca - Tel: 05 22 23 01 90  
Rue Abou Zaid Dadoussi 100  
Nouvel Hôpital Général  
Dr. NADIA EL HARIM

4 - Erlus cp 5

7340 141 le m

5 - V.M.C 1000

6. D Uredon Mees

Ref. Drawing

1955

(will send early)

18 yards of oil cloth

220.20

PRINTING FIVE LINE  
D. LOALME MORARJI LTD  
55, Ghatlodiya, P.O. 229894  
Abu Dhabi, UAE

Dr. EL HADJ ZIEM NADEB  
Al. Rue Alou 22, Casablanca  
Casablanca, Morocco  
C. 195909  
Ref. MED 1000, General Drawing  
Cusidol Interiors Ltd  
11, Rue Alou 22, Casablanca  
Casablanca, Morocco  
Ref. 0195909



12 comprimés  
dispersibles  
1g



Conserver à une température  
inférieure à 25°C et à l'abri  
de l'humidité.  
 تخزين في درجة حرارة أقل من 25 °C  
بعدن عن الرطوبة.

12 comprimés  
dispersibles  
1g  
amoxicilline



comprimés  
dispersibles

أموكسيل  
اموكسيسلين  
1 غ  
أقراص قابلة للذوبان

1g

12 comprimés dispersibles  
12 قرص قابلة للذوبان

B230988-01

**12 comprimés  
dispersibles  
1g**

- GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda, Région de Rabat  
- Information médicale : GlaxoSmithKline Maroc  
42 - 44 Angle Bd Rachidi et Rue Abou Hamed  
AlGhazali, Casablanca 20 000

# **Amoxil 1g**

amoxicilline

**Composition :**

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) ..... 1g

Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيلين ١غ. يحتوي هذا الدواء على  
الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

**Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.**

**Ce médicament peut causer des allergies.**

يحظى بعدا عن متناول ومرأى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

A avaler avec un verre d'eau  
ببلع مع كأس من الماء

**ou**



A mettre préalablement dans un demi verre d'eau avant ingestion  
إنابية القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles



9 118000 160038

PER : 05/25

LOT : 652700

PPI : 55,00 DH



Médicament autorisé n°3400933222185



BOÎTE + NOTICE  
+ BARquette  
& OPERCULE

BAC DE TRI  
AMPOULE  
VIDE

OTU  
VERRE  
AMPOULE  
NON VIDE



M44693

LE221

Laboratoires Crinex - 1 bis rue René Anjolvy - 94250 Gentilly - France

3400933222185

Uvédose  
100 000 U.I.  
CHOLÉCALCIFÉROL  
(VITAMINE D3)

# Uvédose 100 000 U.I.

CHOLÉCALCIFÉROL (VITAMINE D3)

Solution buvable  
en ampoule

LABORATOIRES  
**CRINEX**

COMPOSITION : Cholécalciférol (vitamine D3) ..... 2,5 mg

Quantité correspondant à **100 000 U.I. pour une ampoule de 2 ml**. Boîte de 1 ampoule.

Solution buvable. Voie orale uniquement. Lire attentivement la notice avant utilisation.

**Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.**

Conserver l'ampoule dans son emballage extérieur à l'abri de la lumière. Ne pas mettre au réfrigérateur.

6

22

Unit

Liste II

... ou sur

RESPECTER LES DOSES PRÉSENTES



U  
185030  
113001  
P.P.V. : 19,50 DH  
SOL BUU  
UVÉDOSE 100 000 U.I/2 ml  
SIDI Bermeusi Casablanca  
BD Alkemia N° 8 GAI  
Maphar  
SIDI Bermeusi Casablanca  
CHOLÉCALCIFÉROL (VITAMINE D3)  
Solution buvable en ampoule



LOT L 035  
EXP 31-01-2026  
PC 03400933222185  
SN 20350936441891

Uvédose  
100 000 U.I.  
CHOLÉCALCIFÉROL  
(VITAMINE D3)



Vita C 1000®

PPU 26DH90 EXP 08/2026  
LOT 36037 14

**FORMULE :**

Acide ascorbique (Vitamine C) ..... 1g  
Excipients q.s.p. ..... 1 comprimé effervescent

التركيبة الدوائية :  
 حمض الأسكوربيك (فيتامين س)  
 السوائل كافية كالالية

**EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE:**

Sodium - Saccharose - Jaune orangé S  
Voir notice pour plus d'informations

السوائل المعروفة بتاثيرها :  
 الصوديوم - الساکاروز - أصفر بريلي 5  
 أنظر الشرة للمزيد من المعلومات

Cette boîte contient 20 g d'acide ascorbique.

تحتوي هذه العلبة على 20 غ من حمض الأسكوربيك

laprophan مصادر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا - 21 ، زنقة الأولادية - الدار البيضاء - المغرب  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC  
لابروفان

031114F56761E131018

مس ١٠٠٠

Laprophan®

مخصوص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.  
الجرعات - دواعي الاستعمال - موانع الاستعمال - كثافة الاستعمال،  
لظرف.

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.  
POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
MODE D'EMPLOI : Voir notice

يحفظ الأنبوب مغلقا بمعزل عن الحرارة والرطوبة.

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et de  
l'humidité.

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

20 Comprimés effervescents

Vita C 1000®  
(VITAMINE C)

Vita C 1000®  
20 comprimés effervescents



6 118000 032076

AMM N° 02 DMP/21