

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.

Le :

Les bouteilles des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Radiologie : Les documents sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

La facture airtie :

- Jointes à l'ordonne copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
- Un pli confidentiel médicale pour toute demande de remboursement.

la mutuelle. Le médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

Optique :

L'ordonnance du médecin pre

Rééducation : teur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

■ L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

■ Pour le remboursement, la facture et le car

Dentaire : trier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

■ En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Réclamation	: contact@mupras.com
Case en charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

Respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

663501

Société :

53306

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Abdel Bousmehdi Mina

Date de naissance :

Adresse : Rue ALKasbeh N° 54 Hay limbiat
Sala

Tél. :

06 44 64 68 68 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

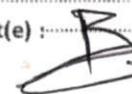
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



on le 10/09/2013

Age :

23

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-485082

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 663501

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

53306

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

les	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
		200	INP : 1910290556 DR. RHALMAHMED

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

13/10/2020

Date

Montant de la Facture

179,50
PHARMACIE EL ANDALIS
DR. RHALMAHMED
Tél: 03 37 55 15 31
ZEPB. 10200 3613

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature du praticien

Date des Soins

Nombre

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

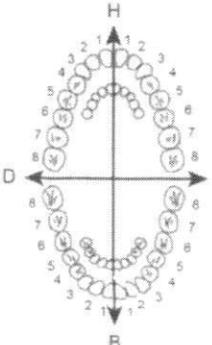
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

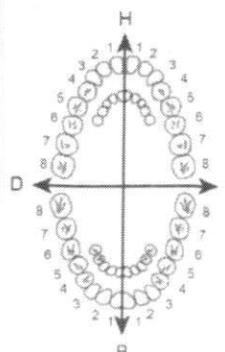
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433553
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

الدكتور براهمي الجيلبي
الطب المعتمد

Salé, le 13.10.2008 سلا، في

Dep 2000 (1)

PHARMACIE EL ANDALUS
Dr. RHALMI Ahmed
Salé - Tel.: 05.37.85.31.06

Altaia

51.000 دراهم 2
Vallain (6)
18.300 دراهم

PHARMACIE
EL ANDALUS
Dr. RHALMI Ahmed
Salé - Tel.: 05.37.85.31.06

29.50

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء.
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى الشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



VOLTARENÉ® 75 mg/3 ml
Solutio injectabile Boîte de 2,
PPV: 23.30 DH 4617134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylque et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

09 2021
KH1326

Dat lim. ut.:
N° lot fabr.:

 NOVARTIS

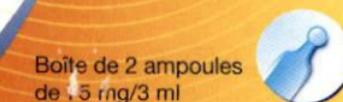
Voltarène®
75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)

Boîte de 2 ampoules
de 15 mg/3 ml



Ouvrir ici



A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء.
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى الشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



VOLTARENÉ® 75 mg/3 ml
Solutio injectabile Boîte de 2,
PPV: 23.30 DH 4617134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylque et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

09 2021
KH1326

Dat lim. ut.:
N° lot fabr.:

 NOVARTIS

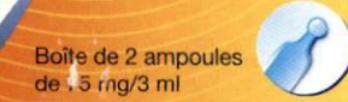
Voltarène®
75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)

Boîte de 2 ampoules
de 15 mg/3 ml



Ouvrir ici



A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء.
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى الشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



VOLTARENÉ® 75 mg/3 ml
Solutio injectabile Boîte de 2,
PPV: 23.30 DH 4617134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylque et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

09 2021
KH1326

Dat lim. ut.:
N° lot fabr.:

 NOVARTIS

Voltarène®
75 mg / 3 ml
Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)



Ouvrir ici

Boîte de 2 ampoules
de 15 mg/3 ml



A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
Conserver à l'abri de la lumière.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'informations

يحفظ الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.
يحفظ الدواء بعيداً عن الضوء.
يحفظ الدواء بعيداً عن متناول و مرأى الأطفال.
انظر إلى الشرة لمزيد من المعلومات

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste II – Uniquement sur ordonnance.



VOLTARENÉ® 75 mg/3 ml
Solutio injectabile Boîte de 2,
PPV: 23.30 DH 4617134 MA

Diclofenac Sodium 75 mg
Excipients à effet notoire: Mannitol, Metabisulfite de sodium,
Alcool benzylque et Propylène glycol
eau pour préparation injectable qsp 1 ampoule de 3 ml

09 2021
KH1326

Dat lim. ut.:
N° lot fabr.:

 NOVARTIS

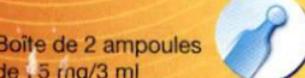
Voltarène®
75 mg / 3 ml

Diclofenac Sodium

Antirhumatismal
antiinflammatoire,
analgésique

IM (Intramusculaire)
IV (Perfusion Intraveineuse)

Boîte de 2 ampoules
de 15 mg/3 ml



Ouvrir ici



Pfizer

6
118001 170487
DEPO-MEDROL 80MG/2ML INJ
Laboratoires S.A.
fizer

يحتوي ديبوميدرول 80 مل على 80 مل من ميتيلاستيكت ميتيلاستيكت (40 مل من ميتيلاستيكت).
المواد الفعالة: ميتيلاستيكت و ميتيلاستيكت 3350، كلوريد الميتيلاستيكت، جاما بيكولين، كلوريد الصوديوم، ماء للحقن.
يحفظ بعيداً عن متطلبات و معايير الأطفال. يحفظ في درجة الحرارة المحددة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).
درج قراءة النشرة قبل استخدام.
رج جيداً قبل الاستخدام.

PA100881

80 mg d'acétate de méthylprednisolone dans 2 ml de suspension injectable (40 mg/ml).
Macrogol 3350, chlorure de myristyl-gamma-picoline, chlorure de sodium, eau pour préparations injectables.
Lire la notice avant l'utilisation.
Agiter avant l'emploi. Tenir hors de la vue et de la

porte des enfants.
Conserver à température ambiante (15-25°C).
Médicament soumis à prescription médicale.
Ne jetez aucun médicament au tout-à-l'égout ni avec les ordures ménagères. Demandez à votre pharmacien d'éliminer les médicaments que vous n'utilisez plus.

DEPO-MÉDROL®

80 mg/2 ml

دبيو ميدرول 80 مل/80 مغ

مستحق للحقن/
حقنة 2 مل / العضل
أسيتات ميتيلاستيكت ميتيلاستيكت /
2 ml Seringe/ 2 ml - I.M.

حقنة 2 مل / العضل
يحقن عن طريق

LOT/EXP.:

DX2949
01/2025
P.P.V:37DH70

K752
SC105
ZWART
BL541

BL320
R0032

Solution injectable

Coltrax® 2 ml



6 118000 120339

Coltrax®

THIOCOLCHICOSIDE

11

Formule par ampoule :

Thiocotrichoside 4 mg
Solutioin isotoniqne q.s.p..... 2 ml

3

3

3

Digitized by srujanika@gmail.com

ଶ୍ରୀକୃତିମାତ୍ରା

PPV 57.00 DH
UT AV 11 22
LOT 035919

Solution injectable
6 ampoules de 2 ml



Coltrax® 2 ml
6 ampoules



6118000120339

Coltrax®

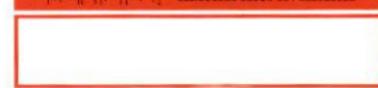
THIOCOLCHICOSIDE

Rue Amyot d'Ivryville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / DR. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

Fabriquée par **A POLYMEDIC**

USTE I

MEUPCIA L16 DOSES MEUPCIAES



Formule par 6 ampoules :
Thiocolchicoside 4 mg
Solutioin isotoniqie q.s.p..... 2 ml



91410-04

۱۵۹۵۷۳

۲۳۷۵

PPY 51.00 DH

UT AV 11 22

LOT 035979

۱۵۹۵۷۳