

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

N° W19-506375

N°D :  
15101

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>1244</b>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>TAHRI Abdelkabir</b>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <b>19/07/56</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>06 66 70 89 19</b>		Total des frais engagés : <b>545,30</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>DIKHAI AICHA</b> Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>YFS 22c</b>			
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) : 

**03 JAN 2020**  
**MUPRAS**  
**RECUEILLIE**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/19 2019	145,30 84,30

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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"/>											
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	G														
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Khalid ACHIR

## SPECIALISTE EN GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Maladies du sein - Sterilité du couple - Echographie - Coelio-chirurgie

Ancien attaché au service de gynécologie obstétrique

du CHU Ibn Rochd Casablanca

Ancien medecin spécialiste à l'hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

Marrakech, le : 31/12/19

# الدكتور خالد عشير

## اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الولادة - أمراض العقم - الجراحة التسوية

أمراض الثدي - القحص بالصدى - الجراحة بالمنظار

طبيب ملحق سابق بقسم أمراض النساء والتوليد

بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

طبيب اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Dr Khalid Achir

1) Polygynax cap  
3830 mg . h m / 30



2) Oxiiflor 200 mg  
100 mg x 20 sachets

3) omix 200 mg  
100 mg x 10 sachets

20

# بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

42.00

كتاب  
عن طريق الفم

4

وحدات حببية مقاومة للعصارة المعدية

### Composition:

Oméprazole 20 mg

Excipients q.s.p. hypromellose, hydroxypropylcellulose, hydroxypropylmethylcellulose, lactose, microcrystalline cellulose, propylene glycol, purified water, saccharose, talc

Tenir hors de la portée des enfants

indications, contre-indications, posologie : voir notice.

AMM: 331/DMP/21



**Omiz 20mg**  
14 gélules

0

LOT

EXP

### Composition

Sulfate de néomycine ..... 35 000 UI

Sulfate de polymyxine B ..... 35 000 UI

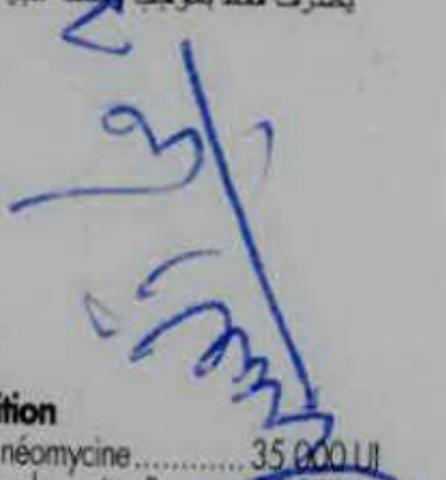
Nystatine ..... 100 000 UI

**Excipients :** Monopalmitostéarate d'éthylène glycol et palmitostéarate de macrogol 300 et 1500 (Pefose® 63), huile de soja hydrogénée, diméthicone 1000, gélatine, glycérol. Pour une capsule vaginale de 3180 mg.

### RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescrit فقط بمرجع بطاقة طبية. لائحة I



**Liste des excipients à effet notoire :**

Huile de soja hydrogénée.

**Forme pharmaceutique :** capsule vaginale.

**Indications thérapeutiques :**

traitement local des infections vaginales.

**Mode et voie d'administration :** voie vaginale.

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

Lire attentivement la notice avant utilisation.

**Précautions particulières de conservation**

À conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL

Importé sous licence par :

**maphar**

Km 10, route côtière 111  
Quartier industriel Zenata, Ain sebâa

MAROC

Rachid LAMRINI,  
Pharmacie Bous...

**POLYGYNAX**  
6 capsules vaginales

**INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS  
PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

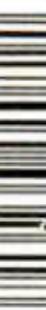
مما ينصح به الأستعمال

مما لا ينصح به الأستعمال

**OXIFLOR®**

200 mg

10 comprimés



6 118000 032618

**أوكسيفلور®**

®

أوكسيفلور®  
أو فلوكساسين



10 أقراص

LAFROPHARM

**OXIFLOR® 200 mg**

10 comprimés

PPV 65DH00 EXP 02/2021  
LOT 7N028 1