

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



## Déclaration de Maladie

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13338

Société : ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : FARAH FAIK

Date de naissance : 15/11/1996

Adresse : Hay Lalla Meriem Bloc C n° 265  
Boulevard Himane

Tél. : 06 64 03 09 66

Total des frais engagés : 344,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22.02.2023

Nom et prénom du malade : FARAH FAIK FARAH

Age : 24

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/02/20        | cs                |                       | 250.04                          | INP : 99110808819  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 22/02/20 | 94.00                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES           | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>  |
|---------------------------|--|------------------|-------------|---|
|                           |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |
|                           | H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |
|                           |  |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



# Docteur Najat JEDDI

Diplômé d'Etat de la Faculté de  
Médecine de Paris  
Ancienne attachée des Hôpitaux de France

Oto - Rhino - Laryngologiste (ORL)

Spécialiste Nez - Gorge - Oreille

Chirurgie de la face et du cou

surdité et vertige



الدكتورة نجاة جدي

خريجة كلية الطب بباريس  
طبيبة سابقة بالمستشفيات  
المختصة بفرنسا

اختصاصية في أمراض الرأس  
الأنف - الأذن والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق

Mohammedia, le

22/02/20

M<sup>ell</sup> FAIK Forsh

5/2x Amoxicil 1g q die

1 cp x 2/j

Kopred 20 mg q eff

3 cp/j en une prise matinale / 6

2 co, Febren sachet adulte il

1 sachet x 3/j

17,00 Pulmo-phide mg

1 co s x 3/j

054.00

Dr. N. JEDDI

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE  
Abderrahmane Serghini  
Mohammedia  
Tél: 05 23 32 14 48

INP : 091080887

إقامة الحديقة، شارع عبد الرحمان الصرغيني المحمدية - الهاتف : 0523.32.14.48  
Av. Abderrahmane Serghini, Résidence AL HADIKA Mohammedia - Tél.: 0523.32.14.48

# FEBREX®

**Composition :**

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Phéniramine maléate      | 25 mg      |
| Paracétamol              | 500 mg     |
| Acide ascorbique (Vit C) | 200 mg     |
| Excipients q.s.p.        | un sachet. |

**Liste des excipients à effet notoire :** Saccharose 7,90 g.

**Forme Pharmaceutique :**

Granulés pour solution buvable. Boîte de 8 sachets.

**Indications thérapeutiques :**

Traitement symptomatique des :

États grippaux

Rhinites allergiques / rhumes

Rhinopharyngites

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

Réservé à l'adulte et l'enfant à partir de 15 ans, 1 sachet 2 à 3 fois par jour à dissoudre dans une quantité suffisante d'eau.

**Ne pas laisser à la portée des enfants.**

**Mises en garde : lire attentivement la notice.**

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

FEBREX® Adulte



# FEBREX®

## Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



**8 Sachets de Granulés**



**Pharmed**  
Laboratoires Pharmaceutiques



**Voie Orale**

PHARMED  
LOT : 3568  
UT.AV:06-22  
PPV : 21DH00



12 comprimés  
dispersibles  
1g

amoxicilline

**Amoxil**

**Amoxil**  
amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

**Composition :**

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

Excipient q.s.p. .... 1 comprimé

Contient de l'aspartame.

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

اموكسيسيلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

**Ce médicament peut causer des allergies**

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

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**



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

ou

A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 55,00 DH  
LOT: 619188  
PER: 01/21

AMOXIL 1g  
12 comprimés dispersibles





Solution buvable 150 ml



Pulmofluide® simple

تحت تأثير المروعة، فإن ترسب  
حبات التبريت على حافة الزجاج  
يغير ظاهرة عادية لا تؤثر على  
صالحية الدواء.

Attention, danger :  
ne pas conduire  
Pour la reprise de la conduite,  
demandez l'avis d'un médecin  
السلامة خطر :  
لا تقود السيارة  
لإعادة القيادة،  
استشر الطبيب

في درجة حرارة لا تتعدى 25°C  
على الفور، بعد كل استعمال  
في سائلين وبراغي الأظفار  
: ذو تأثير ملوّن :  
- مبرّد - أسود - يحول إلى بني

2.000g - 0.010g - 0.010g - 0.010g  
0.1g - 0.200g - 0.200g - 0.200g  
100g - 100g - 100g - 100g

في حالة استعمال  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في  
البراقعة في

الرجاء العودة إلى الصيدلاني 20110  
الرجاء العودة إلى الصيدلاني 20110  
الرجاء العودة إلى الصيدلاني 20110

COOPER

سج من طرف

محلول للشرب  
150 مللتر

عن طريق  
الأمعاء  
مساعد على  
التجيم

وغيره من  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء  
الأمعاء

بسيط  
ش  
فا  
و  
ش

18,00

PPV (DH) :  
LOT N° :  
UT. AV. :

pulmofluide®  
simple