

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ctions 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Matricule : **7057** Société : Actif  Pensionné[e]  Autre :Nom & Prénom : **AGUEROUNI AITIMA**Date de naissance : **09/01/66**

Adresse :

Tél. : **0661 46267** Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :

Date de consultation : **8/12/2012**Nom et prénom du malade : **AGUEROUNI Chamsi** Age : **46**Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  EnfantNature de la maladie : **Demielite ps**

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) :

**S. A.**

## 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
	7	6	300,-	 Dr. AOUAD 27/03/2006

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Abdellah RIBBAA Pharmacie DES DESSOUS Centre Commercial AFRICA 281, Bd. Bishir Mouzani 122 22 269 - Fax: 05 22 23 72 56	08/12/2010	55.820

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste des Maladies de la peau,  
des Ongles et du cuir chevelu  
Cosmétologie - Chirurgie de la peau  
Laser

اختصاصي في أمراض الجلد  
والأظافر والشعر - الأمراض التناسلية  
طب التجميل - جراحة الجلد

Casablanca le : 08/12/2020

AOUANI Chaque

99x2 Ator 1g nuit ORDONNANCE 21) x 10  
1 noche  
ofkendos - 1 gr 2 u )  
1700x 1 )  
x 10  
3810 Almelineur 10  
1 noche x 31  
1980 alle sig 500 1 )  
1 )  
Dr. Abderrahim RABBAI  
Pharmacie RESIDENCE NADIA  
Centre Commercial Nadia  
381, Bd. Brahim Roudani  
Tél: 05 22 23 72 65 - Fax: 05 22 23 72 58  
x 10  
44.20 Difel 50 mg (2)  
1 u 2 3 )  
x 10  
Dexed 38.20 Almelineur 10  
1 noche x 10  
x 10

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V : 49DH80  
LOT : 7MA17  
PER : 11/2022  
Barcode : 6 118000 060062

24 شارع إدريس الحارثي مولاي رشيد I (فوق صيدلية مولاي رشيد) - الدار البيضاء

24, Avenue Driss El Harti. Mly Rachid1 (au dessus de la pharmacie Mly Rachid)  
Casablanca - Tél : 05 22 72 26 27 – Gsm : 06 66 82 66 29

Dr. YASSINE AOUANI  
DERMATOLOGUE  
24, Avenue Driss El Harti Casablanca  
Tél : 05 22 72 26 27 – Gsm : 06 66 82 66 29

أقراص مغلفة

16

أوفيكين®  
Céfixime

200 ملغ

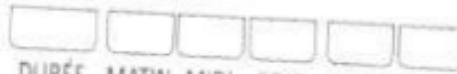


Ofiken®  
Céfixime

200 mg

16 Comprimés pelliculés  
Voie orale

LOT 171933  
EXP 10 19  
PPV 170.00 DH



DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



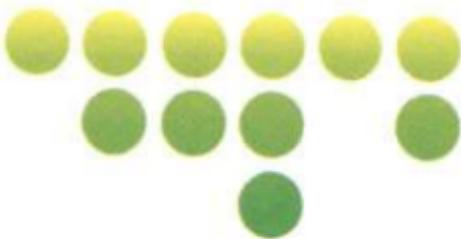
سوطريما  
sothema

Saccharomyces boulardii CNCM I-745

# ULTRA-LEVURE

# ULTRA-LEVURE®

*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745



BIOCODEX  
Maroc

مجموعة:

Fab / مصنع:

صالح لغاية / EXP:

2836

09/17

09/20

BIOCODEX MAROC PPV

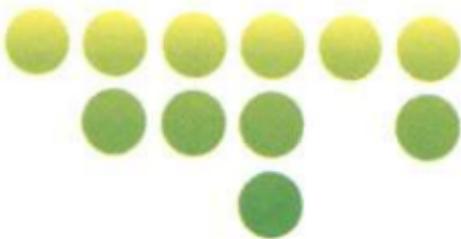
38.10 DH

Saccharomyces boulardii CNCM I-745

# ULTRA-LEVURE

# ULTRA-LEVURE®

*Saccharomyces boulardii* CNCM I-745



BIOCODEX  
Maroc

مجموعة:

Fab / مصنع:

صالح لغاية / EXP:

2836

09/17

09/20

BIOCODEX MAROC PPV

38.10 DH

# ACLAACLAV®

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet

1g/125 mg

Antibiotique LOT : 9276  
PER : 07-19  
Voie orale P.P.V : 99DH00

Boîte de 12 sachets

Laboratoires Pharmaceutiques F

AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

Rapport amoxicilline-acide clavulanique : 8/1

Poudre pour  
suspension buvable  
en sachet

1g/125 mg

Antibiotic LOT : 1940  
PER : 10-19  
Voie c P.P.V : 99DH00

Boîte de 12 sachets

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5

كلافلاف®  
سيسلين + حامض كلاغيلانيك

1 غ / 125 مغ

أكتاف®  
أمو كسيسلين + حامض كلاغيلانيك

1 غ / 125 مغ

# Cleniderm®

Béclométasone dipropionate

Crème dermique

Tube de 30 g



20,00



**Composition :**  
Béclométasone dipropionate (D.C.I.) ..... 0,025 g  
Excipients (dont Propylèneglycol) q.s.p. ..... 100 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Conserver à une température ne dépassant pas +25°C

Lire attentivement la notice avant utilisation

ZI du Sahel, Had Soualem - Maroc  
PROMOPHARM S.A.



30 comprimés

Voie orale

DIFAL®

diclofénac sodique

50 mg

ANTALGIQUE  
ANTI-INFLAMMATOIRE

G GALENICA

COMPOSITION :

Diclofénac sodique ..... 50 mg

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable

مختبرات غالينيكا - م. من أوكا، صالح - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

DIFAL®

Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés

P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349