

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

N° W21-608982

8

CA Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)
66350.1

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ouled Boumehdi Nira

Date de naissance :

Adresse :

Rue AlKasbah N° 54 Hay l'intiat Salé
06 44 64 68 68 Total des frais engagés : 4471,20 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-F-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BRAHIMI LARBI
MEDECINE GINRALI
24, RUE SOUTHA
HAY KARMA SALÉ

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Salé

Le : 19/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-608982

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule : 66350.1
Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumehdi Nira
Total des frais engagés : 4471,20 DH
Date de dépôt : 19/03/2021

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
30.1.21	c	P	200	INP : 1491039055 BRAHMIN Brie Souhila Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/01/2021	123,30 -

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
2056280 20080005 HAYNBLAT	15/11/85 ISIR		

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور براهيمي جبيب

Dr. BRAHIMI GINER
الطب العملي

Salé, le

20.1.21

سلا، في

Dep. Céd. 20/25
20/25

16.9.25
16.9.25
Collier X
51.0
51.0
173.30

Dr. BRAHIMI GINER
MÉDECIN
SALÉ - TEL. 05 37 80 00 65
Dr. BRAHIMI GINER
PHARMACIE ETISSIR
SALÉ - TEL. 05 37 80 00 65
Dr. BRAHIMI GINER
INP. 10 AV. de la Base Aérienne
SALÉ - TEL. 05 37 80 00 65
Dr. BRAHIMI GINER
INP. 10 AV. de la Base Aérienne
SALÉ - TEL. 05 37 80 00 65
Dr. BRAHIMI GINER
INP. 10 AV. de la Base Aérienne
SALÉ - TEL. 05 37 80 00 65
Dr. BRAHIMI GINER
INP. 10 AV. de la Base Aérienne
SALÉ - TEL. 05 37 80 00 65

37. زفقة السويهله حي كرميه 2 - سلا الهاتف 05.37.85.31.06

Coltrax®



Coltrax® 2 ml
6 ampoules



6 ampoules de 2 ml
Solutioн injectable

Injection par voie intramusculaire

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice أنتظر البيان

حقنة في العضل

إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

محلول للحقن
6 أنابيب من 2 مل

LOT 081819

UT AV 02 23

PPV 51.00 DH

كولطراكس®

تيوكولشكزيذ

Coltrax®



Coltrax® 2 ml
6 ampoules



6 ampoules de 2 ml
Solutioн injectable

Injection par voie intramusculaire

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice أنتظر البيان

حقنة في العضل

إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

محلول للحقن
6 أنابيب من 2 مل

LOT 081819
UT AV 02 23
PPV 51.00 DH

كولطراكس®

تيوكولشكزيذ

xénid 75 mg/3 ml

Diclofénac

LOT : 1342
PER : 09/22
PPV : 46,90 DH

solution injectable IM
6 ampoules

xénid 75 mg/3 ml
6 ampoules IM

xénid 75 mg/3 ml

6 ampoules injectables IM



6118000 140504

Laboratoires Biogalénique

xénid 75 mg/3 ml

Diclofénac

LOT : 1342
PER : 09/22
PPV : 46,90 DH

solution injectable IM
6 ampoules

xénid 75 mg/3 ml
6 ampoules IM

xénid 75 mg/3 ml

6 ampoules injectables IM



6118000 140504

Laboratoires Biogalénique

Pfizer

DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

ديبو ميدرول® 80 مل/2 مل

مستصلق للحقن
أسيتات ميثيل بريندزولون/
acetate de méthylprednisolone/

حقنة 2 مل/الحقن
حقنة عن طريق العضل
حقنة عن طريق الحقن
حقنة 2 مل I.M. -

مالك حق التسويق:

Pfizer SA, 177 Boulevard de la Plaine, 1050 Bruxelles, Belgique

Titulaire de l'AMM Marocain/
مالك حق التسويق في المغرب:

Laboratoires Pfizer S.A., km 0.5, Route de Oualidia, BP 35, 24 000 El Jadida, Maroc

Fabricant/المصنّع:

Pfizer Manufacturing Belgium NV, Rijksweg 12, 2870 Puurs, Belgium

Respecter les doses prescrites

احترم الكمية الموصوقة
Uniquement sur ordonnance

Uniquelement sur ordonnance
Liste |

بحصر بوصفة طبية. لاحقة.

■ ■ ■

يحتوي ديبو ميدرول 80 مل على 80 مل من
أسيتات ميثيل بريندزولون في 2 مل من مستصلق قبل الحقن (40 مل/مل).
السراغات: ملكر وغول 33350 كلوريد الصيربيتيل
جسام ياكولن: كلوريد الصوديوم؛ ماء
يحفظ بعيداً عن متصلق ومرأى الأطفال. يحفظ في درجة
الحرارة المحيطة (من 15 إلى 25 درجة مئوية).

يرجى قراءة الشرطية قبل استخدام.
رج. جيداً قبل الاستخدام.

6
Pfizer Laboratories S.A.
DÉPO-MEDROL 80 MG/2 ML NV
118001 170487

LOT/EXP.:

EC4318
01/2025
P.P.V:37DH70