

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

- Réclamation : 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-477467

65519

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9952	Société : Royal Air Maroc		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Touima Hassen			
Date de naissance : 01/03/1970			
Adresse : 78, Rue Rif Mar et Houda Ben Abdellah			
Tél. : 0661 568188 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr RIBLAOUI NAJAT Médecine - Echographie Colposcopie - Stéthoscope 20, Bd Mohamed V - Casablanca Tél: 0522 33 77 77 </div> 	
Date de consultation : 16/02/2021	
Nom et prénom du malade : Laadam Hayat Age : Ans	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Cinquième étape (gale de l'utérus)	
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 : **Berrechid**

Signature de l'adhérent(e)

Le : **16/02/2021**

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
16/05/2011	Ca		1000	INP : [REDACTED] M. RIBLAU - Médecin - Echographie - Ste Berrethie - 09 62 55 10 61 M

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/04/21	254,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

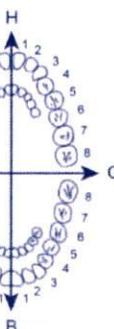
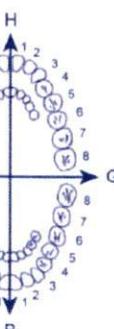
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
																							
					Coefficient des travaux <input type="text"/>																		
					Montants des soins <input type="text"/>																		
					Début d'exécution <input type="text"/>																		
					Fin d'exécution <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>			D	H	G	25533412	21433552		00000000	00000000		B			00000000	00000000		35533411	11433553		Coefficient des travaux <input type="text"/>
D	H	G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
B																							
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
					Montants des soins <input type="text"/>																		
					Date du devis <input type="text"/>																		
					Date de l'exécution <input type="text"/>																		

Dr. Najat Riblaoui
Ancienne Medecin des Hôpitaux de France
Echographie
Colposcopie
Stérilité
Infertilité

20, Bd. Mohamed V - Berrechid
Tél. : 05 22 33 70 61

الدكتورة ريبلاوي نجاة
طبيبة سابقاً بمستشفيات فرنسا
الفحص بالصدى
المذار لعنق الرحم
العقم

شارع محمد الخامس- برشيد
الهاتف : 05 22 33 70 61

WADAD
Meyda

ORDONNANCE

16/02/21

IMM N°202/18-PPV/21/NON
BIOCODEX MAROC
BP 126 NOUACEUR
PPV: 88.00 DH

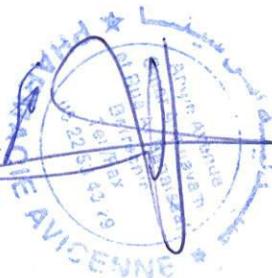
68,00

Relaxin (80)



79,10

Cardo 800



49,70

Voltfarm 200



57.00

Dupuvel 200

DR. RIBLAOUI NAJAT
Médecine - Echographie
Colposcopie - Stérilité
20, Bd. Mohamed V - Berrechid
Tél. : 05 22 33 70 61

254,2011

Tamoulal (80)
Salsal





CARBOSORB®

Charbon végétal activé, chondrus et huiles essentielles de fenouil

PPC: 79,50 DH

é

8



FORME ET PRÉSENTATION :

Comprimé, boîte de 30 comprimés

COMPOSITION (par comprimé) :

Charbon végétal, chondrus (chondrus crispus) en poudre, argile alimentaire, fructo-oligosaccharide, dioxyde de silice, sucre, phosphate de calcium; cellulose, amidon, fenouil (foeniculum vulgare) huile essentielle, polyvinylpyrrolidone, magnésium stéarate, carboxyméthylcellulose.

PROPRIÉTÉS :

CARBOSORB® est un produit naturel à base de:

- Charbon végétal activé à grande capacité d'absorption de gaz intestinaux et de toxines ce qui permet de soulager les patients ballonnés et de faciliter la digestion.
- Chondrus (algue rouge); Argile alimentaire; FOS (Fructo-Oligo-Saccharides) et

6 118000 010425



Veuillez lire attentivement cette notice avant de prendre cette liste contenant des informations importantes pour vous devoir toujours prendre ce médicament en suivant les instructions fournies dans cette notice.

• Gardez cette notice. Vous pourrez avoir besoin de l'utiliser.

• Adressez-vous à votre pharmacien pour toute question.

• Si vous ressentez l'un des effets indésirables mentionnés par le pharmacien. Cela s'explique aussi tout effet

seul pas mentionné dans cette notice.

• Vous devez vous adresser à votre médecin si vous ne ressentez aucun amélioration ou si vous vous sentez moins bien.

Que contient cette notice ?

1. Qu'est-ce que Dicynone® comprimé et dans quel cas est-il utilisé ?
2. Quelles sont les informations à connaitre avant de prendre Dicynone®, comprimé ?
3. Comment prendre Dicynone® comprimé ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver Dicynone®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE
3. COMMENT PRENDRE Dicynone®, comprimé ?
4. Indications de votre médecin ou pharmacien. Veuillez suivre les indications de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.
5. Comment conserver Dicynone®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. AUTRE HÉMOSTATIQUE SYSTÉMIQUE - code ATC : B02B01
3. Dicynone® 250 mg :
4. Ce médicament est un antihémorragique et un vasoprotecteur.
5. Il est proposé :
6. Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse lymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du prima-débutus).
7. Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la tragus capillaire.
8. Traitement d'apport des ménstruations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE
3. COMMENT PRENDRE Dicynone®, comprimé ?
4. Indications de votre médecin ou pharmacien. Veuillez suivre les indications de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.
5. Comment conserver Dicynone®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. AUTRE HÉMOSTATIQUE SYSTÉMIQUE - code ATC : B02B01
3. Dicynone® 250 mg :
4. Ce médicament est un antihémorragique et un vasoprotecteur.
5. Il est proposé :
6. Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse lymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du prima-débutus).
7. Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la tragus capillaire.
8. Traitement d'apport des ménstruations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE
3. COMMENT PRENDRE Dicynone®, comprimé ?
4. Indications de votre médecin ou pharmacien. Veuillez suivre les indications de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.
5. Comment conserver Dicynone®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. AUTRE HÉMOSTATIQUE SYSTÉMIQUE - code ATC : B02B01
3. Dicynone® 250 mg :
4. Ce médicament est un antihémorragique et un vasoprotecteur.
5. Il est proposé :
6. Utilisé dans les manifestations fonctionnelles de l'insuffisance veineuse lymphatique (jambes lourdes, douleurs, impatiences du prima-débutus).
7. Utilisé dans le traitement symptomatique des troubles fonctionnels de la tragus capillaire.
8. Traitement d'apport des ménstruations.

1. Qu'est-ce que Dicynone® et dans quel cas est-il utilisé ?
2. CLASSE PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE
3. COMMENT PRENDRE Dicynone®, comprimé ?
4. Indications de votre médecin ou pharmacien. Veuillez suivre les indications de votre médecin ou pharmacien en cas de doute.
5. Comment conserver Dicynone®, comprimé ?
6. Contenu de l'emballage et autres informations.

57,00

Dicynone®, comprimé avec des aliments et **boissons**
grossesse et allaitement

Les dommages sur l'utilisation de Dicynone chez les femmes enceintes sont limités. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Dicynone pendant la grossesse.
Si vous êtes enceinte ou que vous allez le faire, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.
Sports

Sans objet.

Contre les véhicules et utilisation de machines
Sans objet.

Dicynone®, comprimé contient : Amidon de maïs et sulfite de sodium.
Grossesse et allaitement

Les dommages sur l'utilisation de Dicynone chez les femmes enceintes sont limités. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Dicynone pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou que vous allez le faire, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.
Sports

Sans objet.

Contre les véhicules et utilisation de machines
Sans objet.

Dicynone®, comprimé contient : Amidon de maïs et sulfite de sodium.
Grossesse et allaitement

Les dommages sur l'utilisation de Dicynone chez les femmes enceintes sont limités. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Dicynone pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou que vous allez le faire, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.
Sports

Sans objet.

Dicynone®, comprimé contient : Amidon de maïs et sulfite de sodium.
Grossesse et allaitement

Les dommages sur l'utilisation de Dicynone chez les femmes enceintes sont limités. Par mesure de précaution, il est préférable d'éviter l'utilisation de Dicynone pendant la grossesse.

Si vous êtes enceinte ou que vous allez le faire, si vous pensez être enceinte ou planifiez une grossesse, demandez conseil à votre médecin ou pharmacien avant de prendre ce médicament.

L'allaitement est déconseillé pendant la durée du traitement.
Sports

Sans objet.