

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.

68349

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SALEK MANAL

Date de naissance : 24-01-1979

Adresse : Residence SAFAA Sm 406 N° 19 Cad 9

Tél. : 0661-11-69-77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite asthmatiforme

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) : Salek

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-596664

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).

ACCUEIL

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

13 AVR. 2021

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				Hôpital CHEIKH Khalifa Toulépt Dr HERRAG Mohamed Pneumologue Allergolog INSTITUT DE LA SANTÉ

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie JAWAD EL AMIN</i> Hy M. Rachid Z. Tel: 0522705507 Fax: 0522726850 RC 32569	22/2/21	486,20
	23/02/21	1521,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Pat 39770228</i>		

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

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 pratique 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'O.D.F																																	
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP :	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DÉBUT D'EXÉCUTION																																	
FIN D'EXÉCUTION																																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DATE DU DEVIS																																	
DATE DE L'EXÉCUTION																																	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>08833412</td><td>21403552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00010000</td></tr> <tr><td>00000010</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11403553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </tbody> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prestation</p>				H	G	08833412	21403552	00000000	00010000	00000010	00000000	35533411	11403553	B																			
H	G																																
08833412	21403552																																
00000000	00010000																																
00000010	00000000																																
35533411	11403553																																
B																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																	

وصفة طبية Ordonnance

23.02.2021

Casablanca, le :



2100308755 / H0119039860

Prénom : Manal



LAIS ROY

Nom : MALEK

Sexe: F

DDN : 24/01/1979 E: 22/02/2021

Service : SOINS AMBULATOIRES (NA)

29/00 x 3.

① Symbocont 400

1 Bon Jour +
et 2 boffs au cas de gen au prv
② Roen. LAST 10mg

Pharmacie JAWAD EL AMINE sarl
Hy My Rachid 2 Rue 5 N°32 Casa
Tel: 0522705502/Fax: 0522726850
RC 325697 - Pat: 39770223

2 nos
152100

Pharmacie JAWAD EL AMINE sarl
Hy My Rachid 2 Rue 5 N°32 Casa
Tel: 0522705502/Fax: 0522726850
RC 325697 - Pat: 39770223

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale



6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 3 7 2

PPV :210DH00

Composition:

Montélukast sodique

Équivalent en Montélukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notable: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

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

A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CODE No.: 38/MD/AP/2007/F/CC

Importé par:

Sun Pharmaceuticals Morocco LLC

169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca

Fabriqué par: MSN Laboratories Private Ltd, Inde.

Médicament Autorisé N°: 437/13 DMP/21/NNP

التركيبة :

مونتيلوكاست الصودي.

ما يعادل من مونتيلوكاست 10 ملг.

الأسوقة كميةكافية لكل فرض.

سواخ ذو آثار معروفة: لاكتوز.

الإرشادات العلاجية. موائع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحتفظ به بعيدا عن مرأى وتناول الأطفال.

يحفظ في غلافه الخارجي الأصلي.

بعيدا عن الضوء والرطوبة.

مستورد من طرف صانع الدوائية المغربي ل س

169، شارع حسن الأول، 20070، الدار البيضاء.

صنعت من طرف

مخترفات مرسن الخاصة محدودة المسؤولية، الهند.

BR 040390
MAR. 2022

02/2016-D

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Lot :
Exp.:

Romilast® 10 mg

MONTÉLUKAST



GTIN : 18904159604616
SP. No. C0006881RAFEEF



11/12

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale



6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 3 7 2

PPV :210DH00

Composition:

Montélukast sodique

Équivalent en Montélukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notable: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

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

A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CODE No.: 38/MD/AP/2007/F/CC

Importé par:

Sun Pharmaceuticals Morocco LLC

169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca

Fabriqué par: MSN Laboratories Private Ltd, Inde.

Médicament Autorisé N°: 437/13 DMP/21/NNP

التركيبة :

مونتيلوكاست الصودي.

ما يعادل من مونتيلوكاست 10 ملг.

الأسوقة كميةكافية لكل فرض.

سواخ ذو آثار معروفة: لاكتوز.

الإرشادات العلاجية. موائع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحتفظ به بعيدا عن مرأى وتناول الأطفال.

يحفظ في غلافه الخارجي الأصلي.

بعيدا عن الضوء والرطوبة.

مستورد من طرف صانع الدوائية المغربي ل س

169، شارع حسن الأول، 20070، الدار البيضاء.

صنعت من طرف

مخترفات مرسن الخاصة محدودة المسؤولية، الهند.

BR 040390
MAR. 2022

02/2016-D

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Lot :
Exp.:

Romilast® 10 mg

MONTÉLUKAST



GTIN : 18904159604616
SP. No. C0006881RAFEEF



11/12

ROMILAST® 10mg

30 comprimés pelliculés

Voie orale



6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 3 7 2

PPV :210DH00

Composition:

Montélukast sodique

Équivalent en Montélukast 10 mg.

Excipients q.s.p un comprimé.

Excipient à effet notable: Lactose.

Indications, Contre-indications, Posologie

& Précautions d'emploi: **lire la notice à l'intérieur.**

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

A conserver dans l'emballage d'origine,
à l'abri de la lumière et de l'humidité.

CODE No.: 38/MD/AP/2007/F/CC

Importé par:

Sun Pharmaceuticals Morocco LLC

169, Avenue Hassan 1er, 20070 Casablanca

Fabriqué par: MSN Laboratories Private Ltd, Inde.

Médicament Autorisé N°: 437/13 DMP/21/NNP

التركيبة :

مونتيلوكاست الصودي.

ما يعادل من مونتيلوكاست 10 ملг.

الأسوقة كميةكافية لكل فرض.

سواخ ذو آثار معروفة: لاكتوز.

الإرشادات العلاجية. موائع الاستعمال، الجرعة

واحتياطات الاستعمال: إقرأ النشرة بالداخل.

يحتفظ به بعيدا عن مرأى وتناول الأطفال.

يحفظ في غلافه الخارجي الأصلي.

بعيدا عن الضوء والرطوبة.

مستورد من طرف صانع الدوائية المغربي ل س

169، شارع حسن الأول، 20070، الدار البيضاء.

صنعت من طرف

مخترفات مرسن الخاصة محدودة المسؤولية، الهند.

BR 040390
MAR. 2022

02/2016-D

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

Lot :
Exp.:

Romilast® 10 mg

MONTÉLUKAST



GTIN : 18904159604616
SP. No. C0006881RAFEEF



11/12

42

AstraZeneca

400

Turbuhaler®
400/12 µg par dose
Poudre pour inhalation



60 doses

F E V - 22
M A R - 20
P G R Z

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdrspinh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21/NRQ dup.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935



42

AstraZeneca

400

Turbuhaler[®]
400/12 µg par dose
Poudre pour inhalation



60 doses

F E V - 22
M A R - 20
P G R Z

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12µg par dose Pdrspinh
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21/NRQ dup.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935



42

AstraZeneca

400

Turbuhaler[®]
400/12 µg par dose
Poudre pour inhalation



60 doses

F E V - 22
M A R - 20
P G R Z

105/14 DMP/21/NRQ dup.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdrsp inh
Flacon de 60 doses



وصفة طبية
Ordonnance

22/2/2021

Casablanca, le :

MANAL TAIEB

326,00

① Aquinex 400

$140 \text{ mg} \times 10$

2190

② Butord 4

$140 \times 2 \text{ mg} \times 5 \text{ f}$

5840

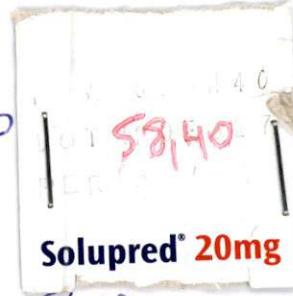
③ Solupred 20mg : $20 \text{ mg} \times 5 \text{ f}$

7990 le matin ap l'petit dej

④ Fito RA

$140 \text{ mg} \times 3 \frac{1}{2} \text{ f} \times 5 \text{ f}$

486,20



326,00

أquinex®

موكسيفلوكساسين



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الدورة	النفاس	الثمار	مساء
الدواء	الصلب	الصلب	الصلب
43	٣٧	٣٦	٣٥

Aquinex® 400 mg

Boîte de 10 comprimés pelliculés

AMM N° : 391/17 DMP/21/NNP



6 118000 023401

سوطاما
o'thema

BUTOVENT® 2mg

Salbutamol

Voie orale

50 comprimés

$$2 = \underline{m^1}$$

21,90



6

Tableau A (liste 1)

BUTOVENT® 2mg

مغ فون توپ

سالبوتامول

عن طريق الفم

50 قرصاً

فيتوريكس®

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية و زيوت أساسية
+ فيتامين C

للكلبار

لراحة
المسالك التنفسية

والحنجرة

نكهة التفاح والعسل

مكون من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot : 200525

À consommer
avant le : 09/2023

PPC : 79,90 DH