

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

ditions 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.

diologie 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.

éducation :

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 069885

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4021 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ADNANE Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

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) :

Authorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

- 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.

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° W19-592090

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 04921 Société : R.A.D.T.			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Abdellah Mohamed			
Date de naissance : 1959			
Adresse : 17 Bd la résistance Ben Elhadj			
Tél. 06 68 144 8705		Total des frais engagés : 3 481,80 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 30/01/2021			
Nom et prénom du malade : Abdellah Mohamed Fakir			
Age: 61			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Allergie aux O.R.L.			
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 : 04/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-592090

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
30.9.2021	CS	0,300,00	INP : 10000000000000000000000000000000	Dr. Nadia AMAROUSSI Spécialiste D.R.L. Cervico-Facial Chirurgien des Tissus Oasis Rue des Sablanceau 22.58.23.21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Choudra Barrechida 16, Avenue Moulay Ismail, 26100 Tél. : 0522 33 72 29 INPE : 062018379	20.09.2021	148,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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 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 :
				INP : <input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433562 00000000 00000000	G	
D	00000000 00000000		B	35533411 11433553
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur Nadia AMAROUCH

SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIAL

DIPLÔMÉE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPLORATION
DES FONCTIONS NEURO-SENSORIELLES O.R.L

Officier Médecin (ER) des Forces Armées Royales

Ancienne Résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'OTO-NEURO-PHYSIOLOGIE

Sur Rendez - Vous

الدكتورة نادية أumarouch

اختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

طبيبة ضابطة (مع) بالقوات المسلحة الملكية

مقيمة سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

عضوة بالأكاديمية الدولية لغزيرولوجية الأذن والدماغ والجهاز العصبي

بالموعود

30/09/2021

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Madame ZIAT FATIMA

Allergies connues
Lactose

89.50

APIXOL SPRAY

1 Application le matin, 1 Application le midi, 1
Application le soir pendant 7 semaines



58.50

HYDROXO 5000

1 Injection par mois en IM

pour 06 mois

Ts 148.00



Dr. Nadia AMAROUCH
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico-Facial
26, Rue des Tabors - Oasis
CASABLANCA
Tél: 05.22.98.23.27

01

BERRADA Omar
Pharmacie Chaouid
Av. Moulay Ismail 26102
Tél.: 0522 572 29
062018379

Cette prescription comporte 2 spécialités

cabinetorlna@outlook.com

05 22 98 23 00 - زنقة طابور - طريق الوازيس - الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 27 - 05 22 98 23 00 - الفاكس :

26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél.: 05 22 98 23 27 - Fax : 05 22 98 23 00

hydroxo 5000

(Hydroxocobalamine base)



base 5000µg

1 ampoule injectable de 2 ml.

L'Hydroxocobalamine basse, d'action intense et prolongée,

pour imprégnation et stockage tissulaire.

PPH 58DH50

Emploi de doses massives s'est révélé actif
dans le traitement de la plupart des syndromes algiques
sévères.

INDICATIONS

Algies : névralgies faciales, algies radiculaires, algies cervico-brachiales, etc.

et d'une façon générale les syndromes algiques intenses.

POSOLOGIE

En moyenne : une ampoule par jour ou tous les deux jours.
Cette posologie peut être portée à deux ampoules par jour
sur indication du médecin traitant.

PRÉSENTATION

Boîte de 4 ampoules de 2 ml.

Voie parentérale I.M. - I. V.



Laboratoires LAPROPHAN S.A. 21, Rue des Oudaya - Casablanca

Fabriqué au Maroc sous licence des laboratoires Anphar Rolland

F47234P230380



LQT

200662

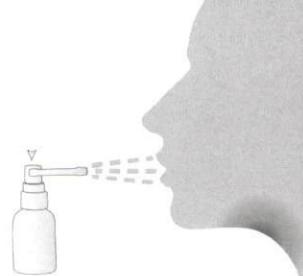


2023/11

PPC : 89,50 DH

Apixol®

Spray gorge Adultes



Irritation et Soulage la douleur de la Gorge

Dispositif médical CE

Apixol® spray gorge Adulte est un dispositif médical conforme aux dispositions de la directive européenne 93/42/CEE

Apixol® spray gorge Adulte est un dispositif médical. Grâce à la synergie de ses composants et à l'action protectrice filmogène

Apixol® spray gorge Adulte est un adjuvant spécifique pour le traitement des états inflammatoires de la gorge qui peuvent être causés par le froid, les allergies et tous contacts avec des agents externes tels que la fumée, la pollution et la poussière,

Apixol® spray gorge Adulte soulage les symptômes accompagnateurs tels qu'une sécheresse de la gorge, des picotements, une douleur ou une difficulté à déglutir.

Apixol® spray gorge Adulte :

- Crée un film muco-adhésif avec un « effet barrière » qui exerce une action protectrice sur la gorge irritée.
- Protège la muqueuse pharyngée en réduisant la sensibilité aux agents agresseurs externes et en favorisant la restauration des conditions physiologiques normales notamment dans les situations où la gorge est exposée à des conditions environnementales défavorables.
- Procure une sensation de fraîcheur grâce à la présence d'huiles essentielles.

COMPOSITION : Eau déminéralisée, extrait glycérique de propolis, arôme, extrait sec de sauge (*Salvia officinalis*, maltodextrine), extrait sec d'aloe vera (*Aloe barbadensis*, maltodextrine), extrait de myrrhe (*Commiphora myrra*, maltodextrine), extrait sec d'acérola (*Malpighia glabra*, maltodextrine) titré à 25% de vitamine C, huile essentielle de sauge (*Salvia officinalis*), conservateur : sorbate de potassium, huile essentielle de menthe poivrée (*Mentha piperita*), huile essentielle de thym (*Thymus vulgaris*), acidifiant : acide citrique, polyvinilpyrrolidone, gomme xanthane, sucralose.

CONSEILS D'UTILISATION :

Réservez à l'adulte.

Introduire l'embout pulvérisateur dans la gorge. Administrez 2 à 3 pulvérisations. Répéter l'opération 3 à 4 fois durant la journée si nécessaire.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

- Ne pas utiliser chez les personnes présentant une hypersensibilité ou une allergie aux produits de la ruche ou à tout autre composant du produit
- Bouteille en verre avec spray pulvérisateur
- Avant l'utilisation vérifier que l'embout soit bien inséré sur le flacon
- Conserver dans un endroit frais, sec et à l'abri de la lumière
- Tenir hors de la portée des enfants
- La date de péremption se réfère au produit intact et correctement conservé
- Voir lot et date de péremption sur l'emballage

EFFETS SECONDAIRES : Apixol® spray gorge Adulte est normalement bien toléré. Aucun effet secondaire n'est à prévoir.

Apixol® spray gorge Adulte contient des substances dont la sécurité est prouvée et qui en permettent l'usage prolongé.

Conditionnement : flacon en verre de 30 ml avec embout pulvérisateur.

Expiration : voir la date d'expiration reportée sur la boîte. Ne pas utiliser après la date d'expiration.

Date de la dernière révision : Avril 2018

REF 9294NA

 Pharmalife Research srl, via Casa Paradiso 2/A 23846 Garbagnate Monastero (LC) - Italy

Importé et distribué au Maroc par : Medipro Pharma 100, rue Annakhai 20370- Casablanca

