

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

N° W21-628430

91937

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12654	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	Moulayyeddine Mohamed Fakir
Nom & Prénom : Moulayyeddine Mohamed Fakir		Date de naissance : 08/11/1988	
Adresse : Res. Bok Apt 5 Fm B Bd el Bachir el fakir CASA		Tél. : 0678340345	
		Total des frais engagés : 980,30 Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Amin Pneumopht 201, Bd. Abdellah Tél : 0522 92 48 71
Date de consultation :	13/10/2021
Nom et prénom du malade :	El Bachir Sara
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Affection Respiratoire
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/11/2021

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
11/08/21	C		6	INF : 011091595 S
13/07/21	C		370,00€	S

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/8/21	430,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/08/2024	200	200,000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

PLET ADHERENT

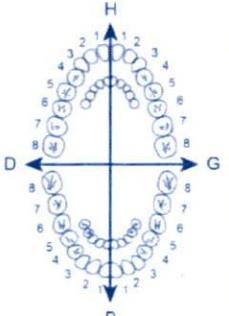
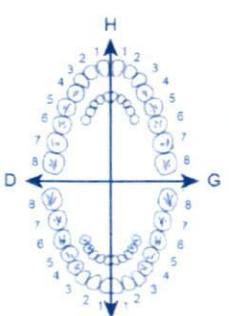
de tous

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"/>
				<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>
	H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	<input type="text"/>
		21433552 00000000 00000000 11433553		<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة آمنة المرقبي الغياتي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca, le : 13/08/2021

ZOUGHLAL SARA



8920 X2 = 159447

1 - Azix 500 mg

1 comprimé par jour pdt 3 j à prendre loin du repas puis 1/2 cp / j pdt 6 j

2 - VITAMINE C 1000

1 comprimé x 2 / j pdt 10 j

3 - Zinaskin

1 comprimé X 2 par jour pdt 10 j

4 - D cure forte

1 ampoule à boire

5 - Ultralevure sachets 250 mg

1 sachet / j pdt 8 j

6 - oedès gel 20 mg/Bte 14 20 cp

1 gelule à jeun pdt 14 J

7 - Oradexon 0.5 mg cp

12 comprimés par jour le matin après petit déjeuner pdt 10 j



4960 X1 47

51 10 X1 47

4990 X1 47

6 - oedès gel 20 mg/Bte 14 20 cp

7 - Oradexon 0.5 mg cp



Dr. AMINA LAMRIKI
Pneumophtisiologie
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 0522 99 40 36 / 0522 99 20 24
INPL: 591091595

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة آمنة المريري الغياتي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصتين في أمراض الجهاز التنفسي

كبار وأطفال

Casablanca le:13/08/2021

Mme ZOUGHLAL SARA

RADIOGRAPHIE THORAX FACE

INTERPRETATION :

distension thoracique, rien à signaler par ailleurs

Dr. Amina LAMRIKI
Pneumophtisiologue
202, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522 99 40 36 / 0522 99 20 24
INPE : 091091595



LOT : 210348
EXP : 04/2026
PPV : 14,30DH

UT.AV.:

LOT N°:

(H):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

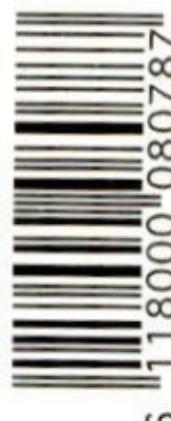
Voie Orale

À conserver à température inférieure
à 25°C.

Ne pas congeler

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Oradexon 0,5 mg
20 comprimés



LOT : 210348
EXP : 04/2026
PPV : 14,30DH

UT.AV.:

LOT N°:

(H):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

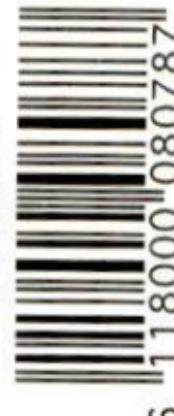
Voie Orale

À conserver à température inférieure
à 25°C.

Ne pas congeler

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Oradexon 0,5 mg
20 comprimés



LOT : 210348
EXP : 04/2026
PPV : 14,30DH

UT.AV.:

LOT N°:

(H):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

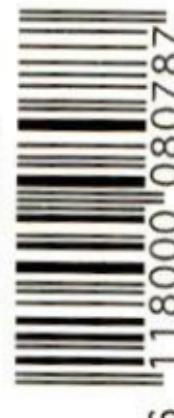
Voie Orale

À conserver à température inférieure
à 25°C.

Ne pas congeler

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Oradexon 0,5 mg
20 comprimés



LOT : 210348
EXP : 04/2026
PPV : 14,30DH

UT.AV.:

LOT N°:

(H):

Oradexon 0,5 mg

Dexaméthasone

20 comprimés

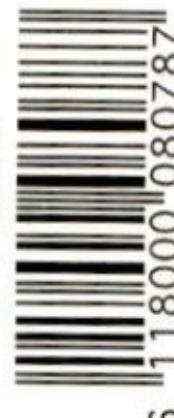
Voie Orale

À conserver à température inférieure
à 25°C.

Ne pas congeler

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Oradexon 0,5 mg
20 comprimés



LOT 201592
EXP 06/2023
PPV 99.00DH

ODES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x



COOPER
PHARMA

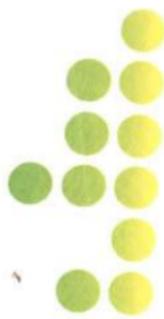
Composition : *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 250 mg - Lactose - Fructose - Silice colloïdale anhydre - Arôme tutti frutti. Délivrance libre. Poudre pour suspension buvable. Diluer la poudre dans un verre d'eau. A conserver à température ambiante (15-25°C). •

A conserver hors de la portée et de la vue des enfants. Des mesures particulières concernent les patients porteurs d'un cathéter veineux central (voir la notice). Excipient à effet notoire : lactose et fructose. Mode et voie d'administration : lire la notice avant utilisation.

Fabricant : Biocodex - 1 avenue Blaise Pascal - 60000 Beauvais - France
AMM N° 410/17 DMP/21/NCF
BIOCODEX Maroc BP-126 - Technopole Nouaceur Casablanca - Maroc.
G. OUAJOU, Pharmacien Responsable

ULTRA-LEVURE[®]

Saccharomyces boulardii CNCM I-745



20
Sachets
250 mg

BIOCODEX
Maroc

ال التركيبة: سكاروميسيس بولاردي 250 ملغم - لاكتوز - فركتوز - سيليكا صفائى جاف - تكهة - لوى الفواكه. يعطى بدون وصفة طبية مسحوق. يستعمل للشرب يجب إذابة المسحوق في كأس ما، يجب تحفظه في درجة حرارة الجو المحيط (15 - 25 درجة مئوية) يحفظ بعيداً عن مرآى ومتناول الأطفال. يجب اتخاذ احتياطات خاصة لدى المرضى الذين يستعملون قسطرة وريدية. (النظر النشرة). سواع ذو نازل معلوم: لاكتوز و فركتوز كافية و طريق التعاطي. اقرأ النشرة قبل الاستعمال.

ULTRA-LEVURE 250 mg.
20 sachets

6 118001 310135



وللترا-لوقير[®]
ساكاروميسيس بولاردي - CNCM I-745



BIOCODEX
Maroc

أكبس
250
20

350416

14_1_05391_551298





49.60 PRY: 62, 60' DR
LOT: 21F07
EXP: 06/2024

17

Fabriqué par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE

B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

5118001320103

Résumé

Solution huileuse buvable

100 000 גנרטור

၃-၂။ ၂၁၁

ବିଜ୍ଞାନ ପାଠ୍ୟକର୍ତ୍ତା

Composition:

88

G1

Importé par : Ergo Maroc
des distributeurs Ergo Maroc
06, Rue Pélereau, Casablanca, Maroc.
Tél : 24/16DMP/21/NNP

Vitamine D3
Cholecalciferol 100 000 UI

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

卷之三

18218

1 ... / ...
2 ... / ...