

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

soins 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.

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Entitaire :

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° M21- 065260

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13186

Société : RAM

Lot. 001

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GLOUARHANI Maha Amna

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 JAN 2022

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 sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-65260

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 :

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° W19-451588

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13 186	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL OUAHDANI Mohamed Amine			
Date de naissance : 05/11/1986			
Adresse : Ville n° 181 lot EL NANSOUR Nerga			
Tél. : 06 76 14 3586	Total des frais engagés : 651,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 29/12/2021	
Nom et prénom du malade : EL OUAHDANI YAMYA	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Bronchite	
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 : **Casablanca**

Le : **24/01/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-451588
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 : **13 186**
 Nom de l'adhérent(e) : **EL OUAHDANI**
 Total des frais engagés : **651,50**
 Date de dépôt : **24/01/2022**

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
29.12.21	C.		250.00	INP : INPE 11111901 Signature, APP. 3 27.12.21 166319

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DRHAM Mounia Mounia, Hamm. B1 Vifak - Temara 06.62 84	29-12-21	221,- 50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Docteur Fadila MORJANE
PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale
Diplômée de la faculté de médecine de Rabat
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الاطفال والرضع وحديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيدة سابقاً بمستشفى الاطفال بالرباط

Témara le, 29/12/18.

El onah dami Galya

1) Iperm gch

5g a31g pdt75

2) Antimonio tartarico

5g a31g pdt75

79,50

3) Apiadol njo: 1 c-a-c x

80,00

4) Azix egt: dose 15 a 11 j

42,00

pdt35

5) Fred 20 j.

201,50

1cp 15 pdt55

6) Cetanfl njo: dose 15 a 11 j

Lot: 210652
À consommer
avant le: 09/2024
PPC: 79,50 DH

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارة.
Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.
06 61 29 00 67. 05 37 62 75 55. docteurmorjane@gmail.com

AZIX®

40 mg / ml Azithromycine

1500 mg

Poudre pour suspension buvable

PPV: 80DH00

PER: 11/24

LOT: K3392



bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

pharmaciel.
Follow the advice of your doctor or
pharmacist as to the use of this medicine.
Suivez les conseils de votre pharmacien.

IDEOMCO

Tableau A (Liste I) / Table A (List I)
1 جدول (ائحة 1)

Respecter les doses prescrites
Respect the prescribed doses
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
Under prescription only

2 بيسكل ٢٠ مجم موصوفة قابلة

Ne laisser pas à la portée ni à la vue des enfants
Keep out of the reach and sight of children

الاطباقية دات نافعه قبل الاستعمال
Lire attentivement la notice avant utilisation
Read carefully the leaflet before use

يحفظ بمعناه من الرطوبة
Keep away from moisture

AMM N° 474/17 DMP/21/NRQ

Fabriqué par / Manufactured by/
MC PHARMA
Z.I. Ouled Saleh préfecture de Nouaceur
Casablanca



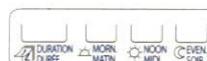
Comprimés
effervescents
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



Comprimés
effervescents
sécables / Scored
effervescent tablets

20 x



COOPER

41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco
Pharmacien responsable : Amina DAoudi
رقم註冊 الدواء: 41
بيان المسؤول : أamina الداودي

CI : 6229

Formule / Formula:

Prednisolone 20mg
(sous forme de métasulfonylbenzoate sodique de
prednisolone / as prednisolone sodium
metasulfobenzoate 31,44 mg)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent
sécalable / s.q.s. 1 scored effervescent tablet.

Excipients à effet notable / Excipients with
known effect : lactose, sorbitol, sodium.

التركيبة:
بريدنوسولون 20 ملجم

على شكل بسيكل برميدوزولون ميتاسولفينوبنزونات الصوديوم
31,44 ملجم

المساهمات: أ. ق. فرس هوار قابل للذوبان
المساهمات ذات نافعه قبل الاستعمال: لاكتون، سوربيتول، صوديوم.



20 x

قبل الاستعمال
لارقا
لارقا

PREDNI 20 mg
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 081753



CE MEDICAMENT + GROSSESSE = DANGER
THIS MEDICINE + PREGNANCY = DANGER
هذا الدواء + الحمل = خطير

Ce médicament ne sera utilisé pendant la grossesse si ce n'est nécessaire.
This medicine will not be used during pregnancy if necessary.

2 يستعمل هذا الدواء مثلاً قبل المغامرة بعد المغامرة

1

LOT N°:

44 00

UT. AV :

PPV (DH):

755.785.01.19