

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-668068

MUPRAS
RECEPTION

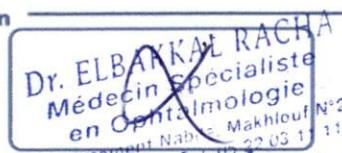
113814

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1168		Société : R.A.M. - Retraite	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BOU MAHDI Zohra et			
Date de naissance : 1-1-1950			
Adresse : 113. Rue Deugier eté de 2. An Moussem			
Tél. : 0666034167		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Conjoint
affection oculaire

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'autre médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : DR BARKAL RACHA

Signature de l'adhérent(e) : Dr BARKAL RACHA

Le : 20/05/2022

Laissement Nabila Makhlof N°2
Casablanca - Tel. 05 22 03 11 11

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
10/5/22	CS		250,00 DH	INP : 0612135356 Dr. E. BAKKAL Médecin Spécialiste en Ophthalmologie Mme Nabila Makhoul tel. 05 22 03 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
    20 23 OK 05 22 22	20 23 OK 05 22 22	270,00 109,50

~~ANALYSES - RADIOGRAPHIES~~

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$ \begin{array}{r l} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} \quad \text{B} \quad \text{G} $			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmologist

Diplomé des Facultés de
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucom - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طبي و دراجة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء، [الجلالة]

جراحة العيون المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

ORDONNANCE

20 mai 2022

Mme BEN MOUMEN RACHIDA

RSR x2
EOLE DUAL C



1g/te 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



تجزئة نبالة، مخلوف رقم 334، الطابق الثاني -

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com



EL HAIK Fouad

PHARMACIEN

الحاديـك فـؤاد

صیددلی

Deroua Nouaceur R. P. 7 N° 003620
entre Médiouna et Berrechid

الدورة الفواصي ط ٧

دین مددوونہ و درشید

Tél. : _____

..... : C

السورة في ١٥٥٢٣ | ٢٣ | ٢٠٢٢ | Deruoa, le

May Ben Moshen Rachile السيد

Quantité	DESINATION	P. U.	TOTAL
01	Doligran sht	2000	2000
01	Ariadol psh	89,50	89,50
			109,50

LOT

211039



2025/01

PPC : 89,50 DH

Apixol®

Spray gorge
Adultes



Calme l'irritation et Soulage la douleur de la Gorge

Dispositif médical CEE

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),

PPV:20DH00
PER:12/24
LOT:K3707

DoliGrippe®

Paracetamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

Granulés pour solution buvable en sachet

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. .
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.
- Si l'un des effets indésirables devient grave, ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Composition du médicament

- Composition qualitative et quantitative en substance active par unité de prise :

Paracétamol 500 mg
Acide Ascorbique (Vitamine C) 200 mg
Maléate de Phéniramine 25 mg

- Composition qualitative en excipients :

Mannitol, acide citrique anhydre, povidone K 30, dicitrat de trimagnésium anhydre, aspartame, arôme fruits rouges. Composition de l'arôme : Substances aromatisantes, Rouge Cochenille A E124, Maltodextrine, Eau, Gomme Arabique E414, Acide Ascorbique E300, Inositine E1518, Sulfate de sodium E514.

- Excipients à effet notoire :

Aspartame, Rouge Cochenille A (E124).

Classe pharmaco-thérapeutique ou le type d'activité

DoliGrippe® granulés pour solution buvable en sachet, fait partie d'un groupe de médicaments appelés AUTRES MEDICAMENTS DU RHUME EN ASSOCIATION.

DoliGrippe® granulés pour solution buvable en sachet, agit en exerçant 3 actions pharmacologiques:

- Une action antihistaminique qui permet de réduire les rhinorhées et les larmoiements souvent associés, et qui s'oppose aux phénomènes spastiques tels que les éternuements en salve,
- Une action antalgique antipyrrétique permettant une sédation de la fièvre et de la douleur (céphalées, myalgies),
- Une compensation en acide ascorbique de l'organisme.

Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué dans le traitement au cours des rhumes, rhinites, rhinopharyngites et des états grippaux de l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- De l'écoulement nasal clair et des larmoiements,
- Des éternuements,
- Des maux de tête et/ou fièvre.

Posologie

Réserve à l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans.

1 sachet à renouveler si nécessaire au bout de 4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'administration :

Voie orale.

Les sachets doivent être pris dans une quantité suffisante d'eau, froide ou chaude.

Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

• Durée du traitement :

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

• Mode d'administration :

• En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au

moins 12 heures, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants:

• Si l'enfant souffre de crises convulsives (augmentation de la pression dans l'œil),

• Si l'enfant souffre d'insomnie (insomnie),

• Si