

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 l'origine 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.

N° W19-568883

Par
El Garti Sanae

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9070

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL GARTI SANA

Date de naissance :

07/03/1966

Adresse :

Séche 15 TS NR 08 HAY RIAD

Tél. :

0661 25 98 63

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohammed El HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale
Rue El Faouze N° 1 - J3 Compt. CYM
Rabat - Tel. : 05 22 29 30 34
ICE : 001655268003629 - IMPE : 101052447

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

El GARTI SANA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Comjoint

Enfant

Nature de la maladie :

El GARTI SANA

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) :

El GARTI SANA

Le : 02/10/2022

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-568883

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 : 9070
Nom de l'adhérent(e) : EL GARTI SANA
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
02/06/2022	C		170 m	INP : <input type="text"/> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABDELL - Tel: 05 37 77 77 77 N° de Sécurité: 19 Annexe Aoubar Riad	02/06/22	3441,90

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

عيادة طبية
CABINET MÉDICAL

Dr. Mohammed EL HARRAK



الدكتور محمد الحراك

طبيب مطب
الطب العام

Médecin Assermenté
Médecine Générale

ORDONNANCE

Nom : EL HARRAK Date : 02/06/2022

79.70 x 2 = 159.40

① Atoria 50

140 mg x 14

15.30 ~~Pharmacie 18, N°6 et 19 Annexe Riad Sait, Riad 10~~
15.30 ~~Secrétariat : 05 37 71 71 10~~
15.30 ~~Bab - 215.90~~

vit C 100

140 mg x 14

③ Zinastin 50 (spf)

14.00 x 2 = 28.00 140 mg x 14

14.40 ~~④ Dolox 100~~

100 mg x 10

56.30 ~~⑤ Curo 200~~

100 mg x 10

مراقبة الفحص بعد الظهر

T - 344,90 من 1h إلى 2h30

زنقة الفوز رقم 1 مجموعه ج 3 اضافي 3ي.م - الرباط Rue EL Faouze n° 1 J3 complément C.Y.M - Rabat

الهاتف : GSM : 06.61.75.16.00 - Fax : 05.37.29.30.64 - Tél. : 05.37.29.30.64

E-mail : moelharrak@gmail.com

Dr. Mohammed EL HARRAK
Médecin Assermenté
Médecine Générale
El Faouze n° 1 - J3 Compl. CYM
Tél. : 05.37.29.30.64
Fax : 05.37.29.30.64
INPE : 101052447

AZIX®
Azithromycine 500 mg

3 Comprimés
sécables

500 mg
Voie orale

AZIX®

Azithromycine

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

97X45X18

bottu s.a.
82, Allée des Cœuvres - Als-Schle - Cessange
S. Buchbuchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

500 mg

AZIX®

**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

12/20
100008

6 118000-040941
3 Comprimés sécables
AZIX®
Azithromycine
500 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

AZIX®
Azithromycine 500 mg

3 Comprimés
sécables

500 mg
Voie orale

AZIX®

Azithromycine

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111

COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

97X45X18

bottu s.a.
82, Allée des Cévennes - Alz. Schle - Cachan
S. Bichuchi - Pharmacien Responsable

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

500 mg

AZIX®

3 Comprimés sécables
Azithromycine 500 mg

6 118000-040941



**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

12/20
100008

Cholestérol 25 000 UI
A conserver :
- Limiter et à une température ne dépassant pas 25°C.
- Horre de la portée des enfants.

Cholestérol 25 000 UI
Excipients: rps 1ml
Composition:
Lire attentivement la notice avant utilisation.
Exigences: pc forte mise en garde spéciales:

SMB

AMM N° : 279/20dmp/NR0d

108, Rue Père Paret, Casablanca, Maroc.

Les laboratoires ERGO MAROC
Importé par : ERGO MEDIC

1 2 3

Vitamine D3

Cholecalciférol 25 000 UI

D-CURE® AMPOULE

4 ampoules buvables

PPV: 56,30 HD

LOT: 21K23D

EXP: 11/2023

24

Solution huileuse buvable

ERGO MAROC



25 000 UI

3-5-3

4-3-3-3

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

D-CURE® AMPOULE
6 118001320080



MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION**POSOLOGIE**

1 comprimé par prise, à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
plus intenses et sur avis médical, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs.
Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
Lire attentivement la notice avant utilisation.

45x18x97

دوال
بارا-سيتا-مول
أقراص
1000



Doliprane® 1000 mg

PARACETAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

COMPOSITION

Paracetamol 1000 mg, sous forme de paracetamol DC90 (1111.11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®
PARACETAMOL

1000 mg



ADULTE
10 Comprimés

bottu à a
b2_Afia des Comestibles - Abo Sella - Cadiellence
T.M. Schuch - Pharmaceutique République

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 Comprimés
ADULTE

bottu à a
b2_Afia des Comestibles - Abo Sella - Cadiellence
T.M. Schuch - Pharmaceutique République

100025
01/17

PPV:14DH00
PER:02/25
LOT:L442

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION**POSOLOGIE**

1 comprimé par prise, à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).
plus intenses et sur avis médical, à renouveler si nécessaire jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs.
Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
Lire attentivement la notice avant utilisation.

45x18x97

دوال
بارا-سيتا-مول
أقراص
1000



Doliprane® 1000 mg

PARACETAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

COMPOSITION

Paracetamol 1000 mg, sous forme de paracetamol DC90 (1111.11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®
PARACETAMOL

1000 mg



ADULTE
10 Comprimés

bottu à a
b2_Afia des Confections Ato Sella - Constantine
Tunisie - Pharmacie République

Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 Comprimés
ADULTE

PPV:14DH00
PER:02/25
LOT:L442

100025
01/17

