

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221

Société : 2-A-7

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K R A T I

S S I N

Date de naissance : 13/09/1975

Adresse : 5 Rue Houdhour

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 206.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. GHAZAL Jaouad
Medecin Chef
C/S Alt Ouallal
Délegation d' El Hajeb**

Date de consultation : 01/01/2012

Nom et prénom du malade : K R A T I YOUNES Age : 21 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION MÉDICALE

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) :

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
01/01/2012	C.M		CC	Dr. GHAZAL Jaouad Medecin chef C/S Ait Ouallal Délégation d' El Hajeb

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Lot. Alaveda BSC 11 N° N° Immatric. FIS 2 005 60 47 PHARMACIE FRANÇAISE AMBRAH	11/6/2002	206.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODDF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTÈRE DE LA SANTE
DELEGATION PROVINCIALE
D'EL HAJEB



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المندوبيا الإقليمية
للحاجب

Formation sanitaire:

Date: 01/06/2022

Nom et Prénom: KRATI YOUNES

ORDONNANCE MEDICALE

- ① 60.00 AZT 500 mg sachet Pdt 3 j
- ② 58.40 Sotriptan 10 mg sachet Pdt 3 j
- ③ 32.00 MAALOX 460 mg sachets
- ④ 10.60 Dotsasept 1g sachet
- ⑤ 22.70 Rhinomycine 100mg sachet
- ⑥ 20.60 PHARMACIE IFRANE
- sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
PPV : 32,00DH
6 118 001 082 148
- Dr. M. AMRHA
- Dr. CHAZAL Jaouad
Medecinat signature:
C/S Ait Ouallal
Délegation d' El Hajeb
- Lot. Alqads Bloc 11 N° 12
Rte l'Institut Fès 22 00056 60 47 12
PHARMACIE IFRANE
- Lot. Alqads Bloc 11 N° 12
Rte l'Institut Fès 22 00056 60 47 12
PHARMACIE IFRANE
- 206.

Etats grippaux - Rhume

Fièvre - Ecoulement nasal

Courbatures - Refroidissement

Posologie :

Réservé uniquement à l'adulte.

Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire immédiatement.

RINOMICINE®

RINOMICINE®

Laboratoires de Applicationes
Farmacodinamicas, S.A.

Fabriqué sous licence par les Laboratoires PHARMA 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

10 sachets

Poudre pour solution orale

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

رينتو ملليمتر

22,70

مسحوق لتنفس الشرايين

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

صَاحِبِ الْجَلَالِ

8

دواء

دواء

دُولُوْسْتُوْپٌ

1000

1	ماضِي	آتِي	ليل
Durée	Matin	Midi	Soir

Composition :
 Paracétamol 1000 mg
 Excipients q.s.p 1 comprimé

الركيب :
 باراسيتامول سواعي كافية كافية

بلغ 1000 ملخ
 فرس واحد

AMM : 2/14/DM/P/21/ANNP
 Laboratoires PHARMAS

Zone Industrielle Ouled Salih - Boujdour - Maroc
 Yasmine LAHLOU BLAU - Pharmacien Responsable

Dolostop® 1000mg

Boîte de 8 comprimés



6 118000 093015

10,60

PHARMAS



Boîte de 3 comprimés
Voie Orale

Azithromycine

500 mg



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

المختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PP.V. : 60,00 DH

6 118000 190097



Boîte de 3 comprimés

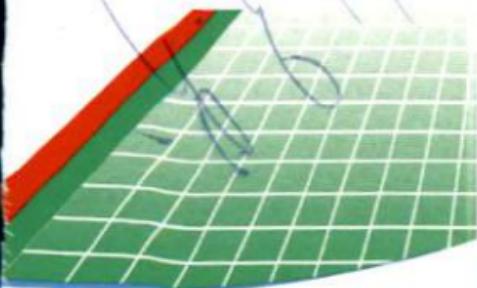
E AZ B B 2 V FA 01

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

58,40

Solupred® 20mg

Prednisolone

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536

Solupred® 20mg

