

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 :

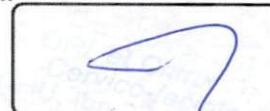
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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.

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule :		12622		Société :			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre:			
Nom & Prénom :		EL OUFIR HAMZA					
Date de naissance :		04/10/1988					
Adresse :		11 RUE AL QADIA YAD APART 7 DTOUR JATTAH RABAT					
Tél. :		0661186707		Total des frais engagés :		305,30 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : 	
Date de consultation :	02/10/22
Nom et prénom du malade :	Hamza EL O. Sia
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Rhino pharyngite
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 : Rabat

Le : 02/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



MOI ET ADHERENT

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
21/01/2012	C	C		INP : 1190048100

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

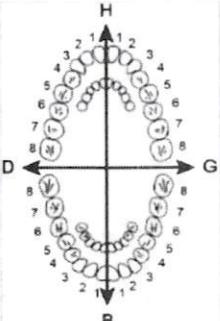
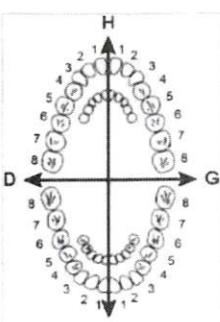
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	IN P : [REDACTED]
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21432552 00000000 6 00000000 11432553	B
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



Docteur :

Rabat, le : 08/10/22

Hamza EL oufir

89,50

1) A prial spray: 153,10

1 pulv x 3lj pdt 5j.

2) Maxiclor 1g: 153,10

1cp x 3lj pdt 8j

30,00

3) coticpred 20mg.

22,70 3cp 6lj le mnti pdt 3j.

4) Rinomycine:

2s x 3lj

T = 152,20

Pharmacie HANNA RIAD
Dr. Nizar El Hanafi
N°154, Hay Al Iddihar Sidi Abed
Harhoura - Témara
Tél : 05 37 62 67 39
INPE : 102075897

صيدلية
KANTAR RIAD
دكتور نزار
Rabat - Tel.: 05 37 56 38 38



LOT 220126
2025/02
PPC : 89,50 DH

Maxiclav®

amoxicilline + acide clavulanique

1g / 125mg

Composition :

Amoxicilline 1g (sous forme trihydratée)

Acide clavulanique 125 mg (sous forme de clavulanate de potassium).

Contient 30 mg d'Aspartame

Rapport amoxicilline-acide-clavulanique : 8/1

التركيبة

اموكسيسلين (على شكل ثلاثي الهرجة) 1000 ملخ

حمض الكلاثيلانيك (على شكل كلاثيلانات الموناسيوم) 125 ملخ

30 ملخ هي كمية الاسبارتام الموجدة في الكبس

النسبة اموكسيسلين / حمض كلاثيلانيك هي 1/8

Maxiclav® 1g / 125 mg

Adulte 24 Sachets



6 118000 280514

ماكسيلاق®

اموكسيسلين + حمض الكلاثيلانيك

1 غرام / 125 ملخ

للكبار
عن طريق الفم

24

كبس
مسحرق قابل
للتجميل

Steripharma

PPV : 153DH10
PER : 12-23
LOT : K3294

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobénzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobénzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 07/25

LOT : L2308

Cotipred®

prednisolone

(métasulfobénzoate sodique)

20 mg



20 comprimés
effervescents
sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP

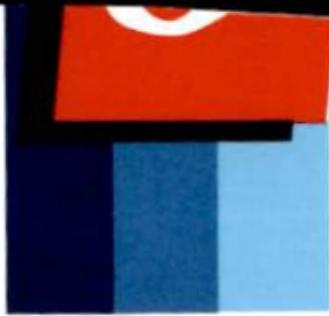


RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sébaâ - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

أكياس
10



22,70

ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول
مختبرات الصيدلة فارما ٥