

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 : **05140** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARRANE HAMID

Date de naissance :

31/05/1963

Adresse :

27 Rue Bahia Benjelloun Nassif

Tél. **05 98 729 4**

Total des frais engagés : **1283,20 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/11/22**

Nom et prénom du malade : **BARRANE HAMID** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Constipation**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : **Constipation**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **L**

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 : **CBY**

Le : **11/12/22**

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
28/11/2021		C	G	 Dr. ASHRAF EL-SAYED

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 HARMACIE ET PHARMACI ROUTE D'EL JADIDA 240, Bd Ben Slim Roudani El Jadida Maroc	28/11/22	1233,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

BARRANE

Hamid

Casablanca, le :

28/11/22

216,00

1) Engel 40 mg



1cp x 2/j

2) Dispamox 1g



1cp x 2/j

32,50 x 2

3) Méthozol 500 mg



1cp x 2/j

132,00 x 2

4) CBAC 500 mg



1cp x 2/j

280,00 x 2

5) Syomectia



1cp/j le soir polt 2mors

1/2h avant le repas

polt 14j

PHARMACIE ET PRÉPARAISON
ROUTE DE JADIDA
TA 220, BP 2249 Casablanca 3746
Tél. 0522993746

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél. : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

T = 1233,20

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير وكيفية الاستعمال:
إقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

METROZAL®
Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH


6 118000 190967

مضاد حيوي - مضاد للطفيليات

ميتروزال® 500 ملغ

ميترونيدازول



شالينيسي G

عن طريق الفم

قرصا

20

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقاييس وكيفية الاستعمال:
إقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi :
lire notice intérieure.

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

METROZAL®

Métronidazole 500mg
Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH


6 118000 190967

مضاد حيوي - مضاد للطفيليات

ميتروزال 500 ملغ[®]
ميترونيدازول



شالينيك
G

عن طريق الفم

قرصا

20

مع 500

C-BAC® 500 mg
Clarithromycine
14 comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242178



سي-باك

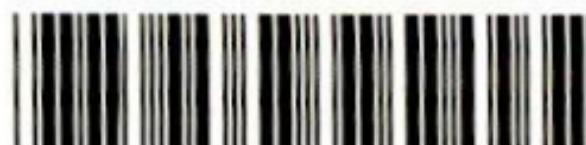
كلاريتروميسين

عن طريق الفم

14 قرص ملبس

بروموفارم ش.م
PROMOPHARM S.A.

١٣٤,٠٠



مع 500

C-BAC® 500 mg
Clarithromycine
14 comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242178



سي-باك

كلاريتروميسين

عن طريق الفم

14 قرص ملبس

بروموفارم ش.م
PROMOPHARM S.A.

١٣٤,٠٠



SysMetix

Synbioceutical®

Immuno

10 Billion Synbiotics

Chaque capsule contient

Mélange de ferments lactiques (Probiotiques)

10 Milliards CFU

Bacillus coagulans - LMG 6326

Bifidobacterium breve - LMG 13208

Lactobacillus acidophilus - LMG 8151

Lactobacillus casei - LMG 6904

Lactobacillus plantarum - LMG 26367

Lactobacillus reuteri - LMG 9213

Lactobacillus rhamnosus - LMG 25626

Saccharomyces boulardii - LMG 6326

Prebiotic (Inuline)

Vitamines C (Camu-Camu) (30% AR*)

Vitamines D3 (30% AR*)

Conseils d'utilisation :

Prendre 1 à 2 gélules par jour selon la recommandation médicale.

Contient: Gélule/capsule Hydroxypropylmethylcellulose, gélifiant E1418, colorant E171, (Vegan, Halal). Agent de charge E460, Camu-Camu (Myrciaria dubia) Extrait/Extract (60 mg) dont Vitamine C (24 mg) (30% AR/RI*). Lactobacillus plantarum (3,5 10⁹CFU), Lactobacillus casei (2,5 10⁹CFU), Bacillus coagulans (2,5 10⁹CFU), Inuline (Prébiotique) (25 mg). Bifidobacterium breve (1 10⁹CFU), Anti-agglomérant E551[nano]. E470b. Saccharomyces boulardii (0,1 10⁹CFU), Lactobacillus rhamnosus (0,2 10⁹CFU), Lactobacillus acidophilus (0,1 10⁹CFU), Lactobacillus reuteri (0,1 10⁹CFU), Vitamine D3 1,5 µg - 60IU (30% AR/RI*)

* Apports de Référence

LOT: 221228
EXP: 05/2024
P.U.C: 280.00DH

Fabrication:
bellavie
Rue E. Duculot, 9b
5060 Sambreville - Belgique

Distribution:



10 Rue Racine Valfeur, Maarif
Casablanca Maroc
+212 522 23 22 51
Contact@healthinnovation.ma
www.healthinnovation.ma
N°Enregistrement au
ministère de la santé :
2021021086/V1/DMP/CA/18



5 430001 608014

SysMetix

Synbioceutical®

Immuno

10 Billion Synbiotics

Chaque capsule contient

Mélange de ferments lactiques (Probiotiques)

10 Milliards CFU

Bacillus coagulans - LMG 6326

Bifidobacterium breve - LMG 13208

Lactobacillus acidophilus - LMG 8151

Lactobacillus casei - LMG 6904

Lactobacillus plantarum - LMG 26367

Lactobacillus reuteri - LMG 9213

Lactobacillus rhamnosus - LMG 25626

Saccharomyces boulardii - LMG 6326

Prebiotic (Inuline)

Vitamines C (Camu-Camu) (30% AR*)

Vitamines D3 (30% AR*)

Conseils d'utilisation :

Prendre 1 à 2 gélules par jour selon la recommandation médicale.

Contient: Gélule/capsule Hydroxypropylmethylcellulose, gélifiant E1418, colorant E171, (Vegan, Halal). Agent de charge E460, Camu-Camu (Myrciaria dubia) Extrait/Extract (60 mg) dont Vitamine C (24 mg) (30% AR/RI*). Lactobacillus plantarum (3,5 10⁹CFU), Lactobacillus casei (2,5 10⁹CFU), Bacillus coagulans (2,5 10⁹CFU), Inuline (Prébiotique) (25 mg). Bifidobacterium breve (1 10⁹CFU), Anti-agglomérant E551[nano]. E470b. Saccharomyces boulardii (0,1 10⁹CFU), Lactobacillus rhamnosus (0,2 10⁹CFU), Lactobacillus acidophilus (0,1 10⁹CFU), Lactobacillus reuteri (0,1 10⁹CFU), Vitamine D3 1,5 µg - 60IU (30% AR/RI*)

* Apports de Référence

LOT: 221228
EXP: 05/2024
P.U.C: 280.00DH

Fabrication:
bellavie
Rue E. Duculot, 9b
5060 Sambreville - Belgique

Distribution:



10 Rue Racine Valfeur, Maarif
Casablanca Maroc

+212 522 23 22 51

Contact@healthinnovation.ma

www.healthinnovation.ma

N°Enregistrement au

ministère de la santé :

202102102086/V1/DMP/CA/18



DISPAMOX®

amoxicilline

LOT : 21924
PER : 12/23
PPV : 54, TUDH



1g

14

comprimés dispersibles



Le Laboratoire
pharmaceutique
OVOPHARMA

DISPAMOX®

amoxicilline

LOT : 21924
PER : 12/23
PPV : 54, TUDH



1g

14

comprimés dispersibles



Le Laboratoire
pharmaceutique
OVOPHARMA

28

Gélules

EUZOL®

Esoméprazole

40 mg

Voie orale

EUZOL®

Esoméprazole

40 mg

LOT : 9987
PER : 06-25
P.P.V : 216 DH 00



28

Gélules
Voie orale

Microgranules gastro-résistants

ENTRETIENNEZ VOTRE SANTÉ AVANT UTILISATION
Ne pas dépasser la dose recommandée.



PHARMA5