

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Pay
Coupon
144309

Déclaration de Maladie : N° P19-0022166

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9383 Société : R.AJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSTAKIM S. AMIRA Date de naissance : 28.03.68

Adresse : la...

Tél. : 06 61 51 85 54 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Moustaki Mounia
Pédiatre
Maison du Jeune Diabétique
6 Rue Ibn Abbar, CYM - Rabat

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : MOUSTAKIM S. AMIRA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Tendinite Epaule

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 : 03.10.12.3

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0022166

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 : 9883

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 814790

Date de dépôt : 143,5

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
00	C	G		Dr. MEZIANI Pierre Maison du Jeune Diabétique Rue l'Abbé CM Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Mail Central Dr. KHALID IDEP ot. 17, Lot 4, Secteur 8, Hay Riad, Maroc Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82 INPE : 102041019 ICE : 001292180000003	5.1.23	147,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTES DENTAIRES

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
25533412	21433552	H	
00000000	00000000		MONTANTS DES SOINS
00000000	00000000	B	
35533411	11433553	G	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ENSEMBLE
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE



جميعاً
مع الطفل السكري

ORDONNANCE

Rabat : le :

1^{me} Somme Roustekim

87,80 x 1

Ibermax 15 mg

1/2 cr 1; 15 y

2) Effecst en

jeu x 2 j;

3) Oxi~~lose~~

147,90 jeu x 3 j; 15 j

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALED IBER
Hot. 17 Lot. 4, Secteur 8, Hay Riad

Tel: 0537 7167 82

Siège: Maison du Jeune Diabétique, Avenue des FAR, 6 Rue Ibn Al Abbar, CYM, Rabat

Tél: 0537 795 096

INPE: 1020440374444444

ICE: 0012921800000000

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALED IBER
Hot. 17 Lot. 4, Secteur 8, Hay Riad
Rabat Tel: 0537 7167 82
INPE: 1020440374444444
ICE: 0012921800000000

M. Mounia
Dr. Médecin Pédiatre
Centre de Jeunes Diabétiques
6 Rue Ibn Al Abbar, CYM Rabat

110222-V01

IBERMOX® 15 mg 
Meloxicam
20 Comprimés



Laboratoire pharmaceutique IBERMA
ZI-Lot 149-Had Soualem - Province de Berrechid Maroc
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable
sous licence de GP - Genéricos Portugueses,
Lda. - Portugal (groupe MEDINAFAR)

المختبر الصيدلاني إيبيرما
ص. رقم 149 حاد سوالم أقليم برشيد، المغرب.
الصيدلي المسؤول : نادية ابن تايت
بترخيص من : بـ - جهير طهون بور توكيس
(مجموعة ميدينفار)

IMPRIMELE
06/20

AMM N° : 532/19 DHP/21/MAJ

إيبرموكس® 15 مع مليوكسيكام

20 قرصاً عن طريق الفم



IBERMA
Depuis 1993

Respecter les doses prescrites
يجب احترام الجرعة الموصوفة

Composition : chaque comprimé contient :
D.C.I. : Meloxicam 15 mg
Excipients q.s.p. : 1 comprimé
Excipients à effet notoire : Lactose
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Voir la notice pour plus d'information.
Conserver dans son emballage original.
Sous ordonnance médicale.
Lire la notice avant l'utilisation de ce médicament.
Tableau A (Liste I).

مكونات :
كل قرص يحتوي على
15 mg 1 قرص
مضافات : كربوكسيليك القرص واحد
سوائل ذات تأثير ضار لاكتوز
يحفظ به بعيداً عن متاحواه و من الأطعمة
للمربيه من الملعوبات (أطراف التفاح)
يحفظ به داخل علبة الأصلية
دose قرص
أولاً قبل استخدام هذا الدواء
(المكون 1 (الكتلة))

IBERMOX® 15 mg
Meloxicam

20 Comprimés par voie orale



LOT:17320003
PER:07/2023
PPU:87,80 DH

IBERMOX® 15 mg
Meloxicam
Voie orale

20 Comprimés

ENSEMBLE
AVEC L'ENFANT DIABÉTIQUE

جميعاً
مع الطفل السكري



ORDONNANCE

Rabat ; le :

- 434,50 x 1
1) Acexide long
1x1; 175 -
2) Inesoo long
dgel 1j
3) Tackozem 1 pomme

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Lot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82
INPE: 102041019
ICE: 00129218000003?

134,50
Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Lot. 17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad
Rabat - Tél.: 05 37 71 67 82
INPE: 102041019
ICE: 00129218000003
MEZINI Mounia
Rédactrice
c Rue Ibn Abbar, 6, Rabat

Pierre Fabre
DERMATOLOGIE

Takrozem® Gé 0,1% pommade

Tacrolimus

Voie cutanée 30 g pommade



PC: 03400930143810
SN: 13NBY6FBHE39N5
Lot M21030408
EXP: 02/2024

737318

Composition en substance active : Tacrolimus (sous forme de tacrolimus monohydraté) 1,0 mg. Pour 1 g de pommade.

Liste des excipients : Vaseline blanche, paraffine liquide, carbonate de propylène, cire d'abeille blanche, paraffine solide.

Lire la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.

Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement. Prescription réservée aux dermatologues et aux pédiatres.

Takrozem® Gé 0,1% pommade

Tacrolimus

Médicament autorisé N° : 34009 301 438 1 0

Titulaire / Exploitant
PIERRE FABRE DERMATOLOGIE
45 PLACE ABEL GANCE
92100 BOULOGNE
FRANCE


Pierre Fabre



**NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

LISTE I. Uniquement sur ordonnance.



3400930143810

Code: GujDrugs/1339

Respecter les doses prescrites
احترموا الجر عات المو صوصفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بـ صـفـة طـبـيـة فـقـط - قـائـة 1

70042494/120916-1/3882

6

118001 160068

Arcoxia 120 mg
7 comprimés
P.P.V : 134,50 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 448/16DMP/21/NTO

Each film-coated tablet contains 120 mg etoricoxib
Excipients with known effect: lactose monohydrate.
See leaflet for more information

Oral use

Keep out of the sight and reach of children.

Read the package leaflet before use.

Store in original package in order to protect from moisture.

Medicinal product subject to medical prescription.

FAB/MFG
10-2020
LOT

EXP
10-2023
U007639

