

# 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.

N° W21-797355

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 91153		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	892
Nom & Prénom : Oummiss malhoune		Date de naissance : 23/06/65	
Adresse : n°8 leclerc le clerc de 47 3 <sup>e</sup> étage 07256			
Tél. : 063620719		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20/03/2019		
Nom et prénom du malade :	Oummiss malhoune		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	col gastr		
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) :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEPOLIS S.R.T. TIR Abd. Route Mly Tham Tel: 0522 90 11 90	20.7.23	196.70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODDF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> $\begin{array}{r} H \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} G$ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Composition :

Chaque gélule contient :

DCI : sulpiride ..... 50mg

Excipients :

Excipients à effets notoires: lactose monohydraté.

Conserver ce médicament à une température ambiante

مكونات :  
في كبسولة تحتوي على :  
العنوان ..... 50  
إجمالي ملليلتر ..... كمبودية كافية.  
مما يعادل ذات تأثير هام : لاكتوز أحادي النعيم.

02/200



# ALIVIAR®

sulpiride

AMM N° : 427/17 DMP/21/NRQ

ALIVIAR® 50 mg

20 Gélules



6 118000 230250

LOT : 09922028  
PER : 05/2027  
PPV : 27.00 DH

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA

- يجب قراءة

Charbon végétal activé-H.E\* Fenouil et Menthe  
Aloe-Vege-Rhubarbe-Wakamé

# CARBOSORB® Transit



Aide à éliminer les gaz intestinaux  
et à faciliter le transit

30 comprimés

Voie orale

**MEDIPRO**  
PHARMA

**PROPRIETES :** Carbosorb Transit® est composé d'actifs naturels qui agissent en synergie pour aider à éliminer les gaz intestinaux et à faciliter le transit intestinal. **CONSEILS D'UTILISATION :** 1 à 2 comprimés 2 fois par jour, de préférence après les repas. **PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :** • À utiliser en complément d'une alimentation variée. • Respecter la dose journalière recommandée. • Tenir hors de portée des jeunes enfants. • Conserver dans un endroit frais et sec.

LOT : 220869  
PER : 11\2025  
PPC : 79,50DH

**COMPOSITION EN SUBSTANCES ACTIVES :**  
Citrate d'alvérine ..... 60 mg  
Siméticone ..... 300 mg  
Excipients : QSP une capsule. Boîte de 20 capsules molles.

**INDICATIONS D'UTILISATION :**  
Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs digestives avec ballonnements.  
**TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.**  
Réservé à l'adulte. Lire attentivement la notice.  
A conserver à une température ne dépassant pas 30 °C.  
Les emballages ne doivent pas être jetés au tout-le-récup ou avec les ordures ménagères.  
Demandez à votre pharmacien ce qu'il faut faire des médicaments inutilisés.  
Ces mesures permettront de protéger l'environnement.

Distribué par : COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed DIOURI, 20110 Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DADUDI  
Seur licence : Laboratoires MAYOLY SPINDLER  
6, avenue de l'Europe - B.P. 51 - 78401 CHATOU CEDEX - FRANCE  
**FABRICANT :** Laboratoires GALENIQUES VERNIN  
20 rue Louis Charles Vernin - 77190 DAMMARTIN-LES-LYS  
OU CAPSUGEL Plörmel  
Z.I de Carnagnon - 56800 PLÖRMEL - FRANCE

7291490

ميتوباسميلا®

مايوني  
سيندلر

13

VN9088  
 رقم الصنعة :  
LOT / تاريخ : 07-2022  
FAB / تاريخ : 07-2025  
EXP / تاريخ : .....  
.....

## ميتوباسميلا®

سترات الغيرين 60 ملغ سمنتكون 300 ملغ

**METEOSPASMYL® B 20 caps molles**

**Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg**

**P.P.V. : 40,40 DH**

Distribué par **COOPER PHARMA**  
41, rue Mohamed Diori - Casablanca

6 118001 100293

عن طريق الفم

كبسولة لينة

لا تلقي بالي دواء في شارة الصرف الصحي أو في صندوق القصاصة المنزلية. اطلب من الصيدلي التناقض من الأدوية التي تم تناولها معاً. يساعد هذه التدابير على حماية البيئة  
الموزع: كوبير فرنسا  
شارع محمد البودري - 20110 الدار البيضاء  
الموبيلي المتصوّر: ألبينا الداراوي.  
مرخص لها من: مايوني سيندلر  
- شارع أزوريا - مدين، 78401 - فرنسا.  
التصنيع: مهارن غلوريه فرنسا  
- شارع لوسي - باريل فرنسا - 77190 - فرنسا.  
أو كابسوجل بولرميل م. فن. كابسوجل 56800 بولرميل - فرنسا.

تركيبة المواد الفعالة  
الغرين سرات ..... 60.00 ملغ  
سيندلر ..... 300.00 ملغ  
سواغات إك. إك. توكوسول و واحد  
دواعي الاستعمال  
هذه الدواء مخصوص لعلاج عرض الاندماجي المعدني المصحوبة بالانتفاخ  
لا تدلكه في متداول وعراي الأطفال.  
مخصص للبالغين.  
إذا التراكم يهدى  
يذفن في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.

# MeteoSpasmyl®

Citrate d'alvérine 60 mg - Siméticone 300 mg

Voie Orale

20 CAPSULES MOLLES

MAYOLY  
SPINDLER

AMM N° 538/15 DMP721/NRQ

# MeteoSpasmyl