

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

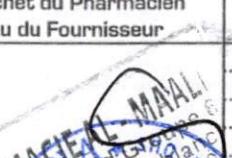
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : M153	Société : RA7		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL Rhayeb Rachid
Nom & Prénom : EL Rhayeb Rachid			
Date de naissance : 24/03/1990			
Adresse : AV. 27 Ans Tanik Ben Ben Zined Casablanca			
Tél. : 0661 77 9868		Total des frais engagés : 612,00 Dhs	

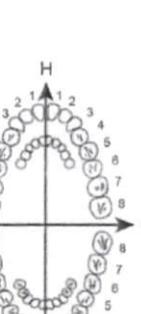
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr. Zine Lahlou Bellah PEDIATRE Val Fleuri - Casablanca Tel: 05 22 25 15 32			
Date de consultation : 03/11/2023			
Nom et prénom du malade : El Rhayeb Rachid Age : 13			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : vaccination 1mx / myox			
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.			

20 NOV. 2023

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 : **Casa** Le : **20/11/2023**
 Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	3/11/23	157,10 ₣	194,20 ₣
	03/11/23		

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				INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
				ODF PROTHESES DENTAIRES																
					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

ORDONNANCE

A /Le 03.11.23



Ghita El Rtagan

M MR

157, 10 DS

AS

AS



Docteur Zineb LAHLOU BELLALI

Spécialiste
des maladies du Nourrisson
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32
SMS : 06 77 77 25 74
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le 03/11/23

Ghita Et RHAGOS

- Lavage nasal

89.  x 3/0

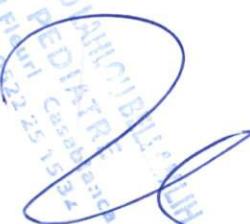
- fibraax

79.  1 cāc x 3/0 (δ)

KetoDerm crème


x 2
194.20




Dr. Zineb LAHLOU BELLALI
PEDIATRISTE
Val Fleuri Casablanca
Tél: 0522 25 1534

FitOrax®

Solution buvable

COMPOSITION : Eau déminéralisée, sirop de fructose, Miel de mille fleurs, jus de pomme, jus de fraise, Propolis extrait glycérique alimentaire, acide ascorbique (Vitamine C : 180 mg/45 ml), fruit d'Acérola (extrait sec), fleurs de Sureau (Sambucus nigra, maltodextrine) extrait sec, arômes (fraise, cerise), extrait sec d'Echinacée racine (Echinacea angustifolia, maltodextrine), conservateur : sorbate de potassium.

PROPRIETES : FitOrax® Enfants solution buvable est à base d'extraits de propolis, d'échinacée ainsi que d'autres actifs naturels qui agissent en synergie pour libérer les voies respiratoires encombrées, apaiser les irritations de la gorge et fortifier les défenses locales procurant ainsi un confort respiratoire global.

Bien agiter avant l'emploi

CONSEILS D'UTILISATION :

- Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour.
- De 4 à 12 ans : 1 cuillère à soupe 3 fois par jour.

PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai d'un mois.
- Le produit peut présenter des sédiments dûs à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.

Autorisation du Ministère de la santé n° :
DA 20161405271DMP/20UCA/V1

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

200 ml e



f. 398/A

edgc 21/0841

فيتوراكس®

محلول للشرب

صمغ النحل
+ مستخلصات طبيعية
+ فيتامين C

للاسغار
لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة



- محتوى من مستخلصات طبيعية

فيتوراكس®

محلول للشرب

الخصائص :

فيتوراكس® محلول للشرب مكون من مستخلصات صمغ النحل والاكيناسيه ومكونات طبيعية فعالة أخرى تعمل بطريقة متكاملة لتخليص المجرى الهوائي، تهدئة التهابات الحنجرة و تقوية المناعة الطبيعية للسueror براحة تنسجية شاملة.

طريقة الاستعمال :

- أقل من 4 سنوات : ملعقة صغيرة واحدة (1) ثلاث (3) مرات في اليوم.
- من 4 إلى 12 سنة : ملعقة كبيرة واحدة (1) ثلاث (3) مرات في اليوم.

بحرك جيدا قبل الاستعمال

احتياطات الاستعمال :

- لا ينصح تناوله من طرف الأشخاص ذوي حساسية لمستخلصات خلية النحل.
- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.
- يحفظ في مكان بارد ويستهلك في مدة لا تتجاوز شهرا بعد فتحه.
- قد يحتوي المحلول على رواسب ناتجة عن طبيعة مكوناته دون المساس بجودته أو فعاليته.

INFORMATIONS NUTRITIONNELLES

	g/100 ml	Par dose journalière g/45 ml	% AJR
Propolis e.g.	1.00	0,45	
Échinacée e.s**	0.40	0.18	
Sureau e.s.	0.50	0.23	
Vitamine C	0.40	0.18	300%
Acérola e.s.	0.60	0.27	

*AJR = Apports Journaliers Recommandés

**Teneur en échinacosides : 4%
e.g = extrait glycérique e.s = extrait sec

Fabriqué par Pharmalife Research - Garbagnate
Monastero (LC) - Italie
Importé et distribué au Maroc par MEDIPRO Pharma
Borj El yacout, Bd Rahal El Meskini. 12010 - Casablanca.

Pharmalife

MEDIPRO
PHARMA

8 032578 479522

210861

11/2024

PPC : 79,90 DH



19422NA
MAR 003



Kétoderm® crème
Tube de 10 g

4000309-01
07/20

Kétoderm®



Respecter les doses prescrites

Ne pas utiliser

Uniquement sur ordonnance
Ne pas laisser à la portée
des enfants

35x25x120

Formule: Kétoconazole 2 g - excipient: sulfite de sodium (E221), propylèneglycol, alcool stéarylène, myristate
d'isoprényle, eau purifiée, q.s.p. 100 g
alcool cétylique, polysorbate 60, polysorbate 80, monostéarate de sorbitane, myristate

13



Crème Tube de 10 g



Kétoderm® 2 %

JANSSEN-CILAG S.A.

IMPRIMEPEL

• Découvrir de la recherche JANSSEN

mapher - Gasbriance
Fabriqué sous licence par
JANSSEN-CILAG S.A.

• JANSSEN-CILAG S.A.



KETODERM 2%
CREME 10G

P.P. : 250H30



089010000811

Tube de 10 g

2 g pour 100 g

089010000811

Kétoderm® crème
Kétoconazole *



100 g

07/2006

07/2006

07/2006