

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-832473

Play zone

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent [e] | | |
| Matricule : 42024 | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : BOUALILA MIMOUNA NNE JENNAN | | |
| Date de naissance : 01/01/1974 | | |
| Adresse : Bloc J N° 28 Lépinier SALE | | |
| Tél. : 0662 450 560 Total des frais engagés : # 762,00 Dhs | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
|  | | |
| Date de consultation : 08/12/2023 | | |
| Nom et prénom du malade : BOUALILA MIMOUNA NNE JENNAN | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie : | Bronchite allergique | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC |
| Pathologie : | | |
| 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 : SALE Le : 08/12/2023

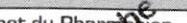
Signature de l'adhérent(e) : 

| | |
|---|------------|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | W21-832473 |
| 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 : | |
| Nom de l'adhérent(e) : | |
| Total des frais engagés : | |
| Date de dépôt : | |

INPE : 101035848

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 8/12/23 | 4620 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIographies | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIR

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a 10x10 grid of circles. Each circle contains a number from 1 to 8, representing a sequence of moves. The grid is bounded by a black border. Arrows point from the center of each circle to the centers of its neighbors. The sequence starts at (1,1) with value 1, moves to (1,2) with value 2, then (2,1) with value 3, (2,2) with value 4, (3,1) with value 5, (3,2) with value 6, (4,1) with value 7, (4,2) with value 8, (5,1) with value 1, (5,2) with value 2, (6,1) with value 3, (6,2) with value 4, (7,1) with value 5, (7,2) with value 6, (8,1) with value 7, (8,2) with value 8, and returns to (1,1) with value 1. The arrows indicate a path that loops back to the start after 16 moves.

| (Création, remont, adjonction) | Montant de Honoraire |
|---|-----------------------------|
| Fonctionnel, Thérapeutique nécessaire à la profession | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelali BOUDLAL

Spécialiste des Maladies de l'Apartheid Respiratoire

Asthme - Tuberculose - Allergie

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Brest-France

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux



الدكتور عبد العالى بودلال

اختصاصي في الأمراض المعدية

الزبورة - الحساسية - داء السل

خريج كلية الطب ببريس

فرنسا

خبرير محلف لدى المحاكم

Salé, le 5/12/2023

92,00

TB Baratina

Timone

② Oxygénog 375

188,00

A 50,00 x 2 = 100

2

13,00

185,00 x 2 = 370

59,00 2,00

13,00

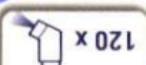
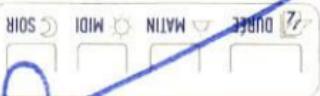
462,00

Pharmacie de l'aube
47, Bd Torres Dr. S. H. Lalla
Tel: 05 37 55 56 00
INPE: 102012366

الدكتور عبد العالى بودلال
Spécialiste des Maladies de l'Apartheid Respiratoire et Allergiques
Docteur Abdelali BOUDLAL
2, Avenue Med V. Imm. Had Essaid. 1^{er} étage - Tabriquet - Salé
Tél.: B. 05 37 86 11 32 (sur Rendez-vous)

شارع محمد الخامس، عمارة الحظ السعيد، الطابق 1 - تابريكت - سلا
2, Avenue Med V. Imm. Had Essaid. 1^{er} étage - Tabriquet - Salé
Tél.: B. 05 37 86 11 32 (sur Rendez-vous)

clipal
clipal
clipal
clipal



120 x
Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé



Propionate de fluticasone
/ salmétérol

SAFLU
®

LOT: GB21628
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

Emplacement à faire par l'infirmier
L'indemnité sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
3 doses/jour

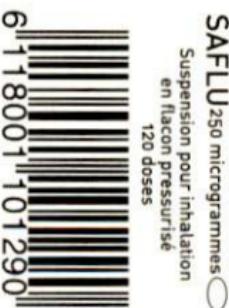
Tableau A (liste II)

3 doses/jour

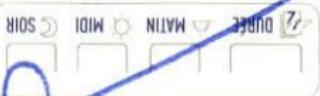
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.

Ne pas exposer à une chaleur excessive.

RECIPIENT SOUS PRESSION :



clipal
clipal
clipal
clipal



120 x

Suspension
pour inhalation
en flacon pressurisé



Propionate de fluticasone
/ salmétérol

®

SAFLU

LOT: GB21628
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

Emplacement à faire par l'infirmier
L'indemnité sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
3 doses/jour

Tableau A (liste II)

3 doses/jour

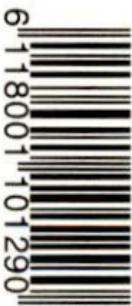
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.

Ne pas exposer à une chaleur excessive.

RECIPIENT SOUS PRESSION :



SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
120 doses



Composition :

Magnésium marin, Magnésium bisglycinate, Magnésium malate, Vitamine B6, Vitamine B2, Povidone, Sorbitol, Stéarate de magnésium, silice colloïdale, Hydroxy propyl cellulose.

| | Quantité en mg / 1 comprimé | DJR* |
|-------------|-----------------------------|------|
| Magnésium | 375 | 100% |
| Vitamine B2 | 4,8 | 343% |
| Vitamine B6 | 2 | 143% |

(*) Dose journalière recommandée
Recommended daily dose

Posologie :

Pour adultes : 1 comprimé par jour.

Conseils d'utilisation :

Comprimé à avaler avec un verre d'eau.

Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.

Il est conseillé de prendre ce produit dans le cadre d'un régime alimentaire sain.

Fermer le tube immédiatement après usage.
Tenir hors de la portée et la vue des enfants.
Conserver dans un endroit frais et sec.

Agreement Sanitaire
MA
CAPV.7.278.19

Sans sucre et sans sel

20 Comprimés
Voie orale
Poids net : 25,1 g

OXYMAG®
375 mg
Magnésium marin, bisglycinate & malate Vit B2, B6
Triple Complexe de Magnésium

**Formula :**

Marine magnesium, Bisglycinate Magnesium, Malate Magnesium, Vitamin B6, Vitamin B2, Povidone, Sorbitol, Magnesium stearate, Colloidal silica, Hydroxy propyl cellulose .

Dosage :
For adults : 1 tablet daily.

Directions for use :
Tablet to swallow with a glass of water.
Do not exceed the recommended daily dose.
It is recommended to take this product as a part of a healthy diet.

*Close the tube immediately after use.
Keep out of reach and sight of children.
Store in a cool and dry place.*

N° Certificat : 2013110707/V1/C/ADPS/DPAP/18



6 111250 430593

MC Laboratoire pharmaceutique
PHARMA
Lottoissement Bachkou, Lot 10, Rue 7 Casablanca
O. MOTIL - Pharmacien Responsable

OXYMAG®
375 mg
Magnésium marin, bisglycinate & malate Vit B2, B6

Lot / Batch n° : 23296
Exp. date : 06/26
92,00
PPC (DH) :

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament