

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



Déclaration de Maladie

N° W19-524952

N° D: 32374

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 110007 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OBAID SABAE

Date de naissance : 17-07-1977

Adresse :

Tél. : 0531683933 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Racha LAHLOU ép. M. Zali
Régime Optique
Impr. 36, Angle Av. Abtal
Rue Dum Frablia Ardal Rabat
Tél. : 05 37 68 68 47

Date de consultation : 26/05/2020

Nom et prénom du malade : OBAID SABAE Age : 43 Ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : gonz...

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10/07/2020

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) :

RELEVÉ 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
20/05/2020				INP : 101.11891304

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/2020	569.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

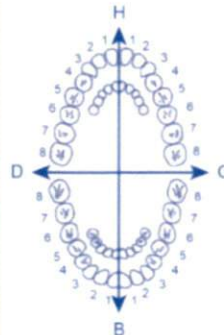
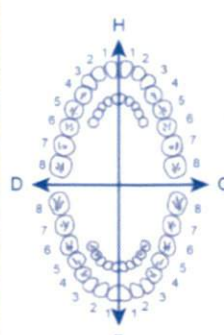
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 00000000 00000000 11433553 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

1998.09 Nouvelles

appel x 4 / 5 a donk

5) Bifrage cém

appel x 4 / 5 a donk

133.00 / 6

Aroxis 50 5 cp

✓ 15 m - du du pas
pdt jours

(a commencé dans une semaine)

+ Repas
+ Glace

Dr. Rachid LAHLOU ép. M. Zali
Rhumatologue
Imm 56, Apts 2 & 3 Angle Av. Abtal
Rue Oum Erabia Agdal Rabat
Tél : 05 37 68 68 47

AGENCE LE RIVAGE
FAHMI
Tél : 05 37 62 86 45

Totale: 569,40

Dr. Racha LAHLOU ép. M'Zali

Rhumatologue

- Spécialiste des maladies des os, Colonne vertébrale, articulations, Tendons et maladies Rhumatismales
- Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme d'Echographie Ostéo - articulaire
- Diplôme des Polyarthrites et Maladies Inflammatoires de la Faculté de Médecine de Montpellier
- Ancien Médecin à l'hôpital El Ayachi

الدكتورة رشا لحلو المزالى



- أخصائية في أمراض العظام والمفاصل
- أمراض الروماتيزم، الأوتار، والعمود الفقري
- خريجة كلية الطب بالرباط
- الفحص بالصدى
- دبلوم التهاب المفاصل والأمراض الجهازية
- من جامعة مونتبلي
- طبيبة سابقا بمستشفى العياشي

20/05/2020

Amme Sabre Obaïd

57,10

1) Brexin sachet

1 sachet / 5 en - ille du

cpd pdr 10 jours

22,00

* 2) cedol cp

1 cp x 3 / 7 so dans la

53,10 x 3
= 159,30

3) Relaxol cp

2 cp / 5 le soir pdr 7 jours

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكوكشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:04 2022

LOT :9MA118

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20

P.P.V :53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT



Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكوكشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:04 2022

LOT :9MA118

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820

P.P.V :53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT



Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

رولاكسول® 500ملغ/2ملغ

باراسيتامول/ثيوكوكشيكوزيد

20 قرصا

عن طريق الفم

Relaxol 500mg/2mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة I

PER.:04 2022

LOT :9MA118

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820



P.P.V :53DH10



RELAXOL + GROSSESSE = INTERDIT

Ne pas utiliser chez l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et sans contraception efficace ; la femme enceinte.

pansement occlusif. Ne pas utiliser en association avec d'autres baumes, liniments, sprays, ou huiles de massage. Ne pas utiliser sur des dispositifs chauffants. En cas d'ingestion, consulter un médecin pharmacien ou un centre anti-poison. Si les douleurs persistent 5 jours, ou si une irritation se développe après application, l'utilisation du gel et consulter.

Ingredients: / **Op basis van:** / **Auf der Basis von:** / **A base de:**

Aqua; Alcohol; PPG-1-PEG-9 Lauryl Glycol Ether; Menthol; Menthylpiperita Oil; Aqua, Propylene Glycol, Equisetum Arvense Extract, Aqua, Propylene Glycol, Harpagophytum Procumbens Root Extract, Camphor, Illite; Carbomer; Rosmarinus Officinalis Leaf Oil; Melaleucadendron Cajaputi Oil; Thymus Vulgaris Flower/Leaf Oil; Sodium Hydroxide; CI 42090.

NON-GREASY - NON-STAINING - NON-STICK
NIET VET - MAAKT GEEN VLEKKEN - KLEEFT NIET
NIET FETTEND - NICHT KLEBT - VERURSACHT KEINE FLEKKEN
NIE UNGE - NON MACCHIA - NON INCOLLA
NIE GRAS - NE TACHE PAS - NE COLLE PAS
ZONDER CONSERVATEUR AJOÛTÉ
ZONDER TOEGEVOEGDE BEWAARMIDDELEN
OHNE ZUSATZ VON KONSERVIERUNGSTOFFEN
SENZA CONSERVANTI AGGIUNTI
NO ADDED PRESERVATIVE



FOURNISSEUR OFFICIEL DES ÉQUIPES MÉDICALES

Fédération Française
d'Éscrime

Fédération Française de
Hockey sur Glace

CNK 3259-850



PVC: 198,00 DH



120



Laboratoire Polidis
8 Rue des Goncourt,
75011 PARIS, FRANCE

www.nocicept.com

Respecter les doses prescrites
إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بو صفة طبية فقط - قائمة 1

6 118001 160044

3881

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

70042492/
120916-1

Each film-coated tablet contains 90 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.

 **chiesi**

157,10

LOT	19009
PER	SEP 22
PPV	5710