

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-485074

40738

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Juleid Boumehdi Mira

Date de naissance :

Adresse : Rue Alkaybah N° 54 Hay Linbiat salt

Tél. : 06 44 64 68 68 Total des frais engagés : 1,43,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

MELHAOUI Abdelkrim
Diplômé de la Faculté de Médecine
Expert Assermenté Prêt des Tribunaux
de Rabat
EXP: ECH-EGG

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18 JUL 2020

Nom et prénom du malade : Juleid Boumehdi Mira Age :

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

Nature de la maladie : Sciatique chronique

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-485074

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Juleid Boumehdi Mira

Total des frais engagés : 1,43,20

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
18 JUL 2020	Q & S - J	1	2000	Dr. ELMELHAOUI Abdelkrim Diplômé de la Faculté de Médecine Expert Assermenté Prêt des Tribunaux EXP: ECH - ECG

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Zaidi Administrative - Sid Allal Benbou 06 37 52 01 21	18/07/2020	243.20

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Dr.EL MELHAOUI ABDELKRIM

Diplômé de la faculté de médecine
Expert assermenté prêt des Tribunaux
de rabat
Exp: ECHO - ECG
Agrée par service des mines



الدكتور الملحاي عبد الكريم

خريج كلية الطب
طبيب خبير ومحلّف لدى المحاكم العليا
بالرباط
الفحص بالأعواج الصوتيّة - تخطيط القلب
معتمد من طرف مركز تسجيل السيارات

Ordonnance

INP : 101058352

Nom: Sidi Allal El Bahraoui

Sidi Allal El Bahraoui le:

Dr. EL MELHAOUI Abdelkrim
Diplômé de la Faculté de Médecine
Expert Assermenté Prêt des Tribunaux
de Rabat
EXP: ECH - ECG
05 37 52 04 46

18 JUL 2020

54.10×2
108.20

48.80×2
97.60

21.20

22.20

243.20

Dr. EL MELHAOUI Abdelkrim
Diplômé de la Faculté de Médecine
Expert Assermenté Prêt des Tribunaux
de Rabat
EXP: ECH - ECG
05 37 52 04 46

Dr. EL MELHAOUI Abdelkrim
Diplômé de la Faculté de Médecine
Expert Assermenté Prêt des Tribunaux
de Rabat
EXP: ECH - ECG
05 37 52 04 46

Quartier Economique, Sidi Allal El Bahraoui الحي الإداري سيدي علال البحراوي

Tél: 05 37 52 04 46

Gsm: 06 66 02 61 44

Profenid® 100 mg/2 ml

احترام المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau C

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

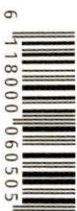
A conserver à l'abri de la lumière.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

Profenid® 100 mg/2 ml

Solution injectable IM

6 Ampoules



6 118000 060505

Profenid® 100mg/2ml

kétoprofène

Solution injectable

Voie intramusculaire stricte 6 Ampoules

بروفينيد® 100 ملغ/2 مل

كيموبروفين

محلول للحقن

لا يحقن إلا في العضل

6 أنبويات

Profenid®

Kétoprofène

100mg/2ml

Solution injectable

Voie intramusculaire stricte

6 Ampoules

LOT 0187

PER 11 22

PPV 54.10 DH



sanofi aventis

Profenid® 100 mg/2 ml

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau C

Avant toute utilisation, voir notice intérieure.

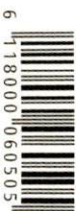
A conserver à l'abri de la lumière.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS

Profenid® 100 mg/2 ml

Solution injectable IM

6 Ampoules



6 118000 060505

Profenid® 100mg/2ml

kétoprofène

Solution injectable

Voie intramusculaire stricte 6 Ampoules

بروفينيد® 100 ملغ/2 مل

كيموبروفين

محلول للحقن

لا يحقن إلا في العضل

6 أنبويات

Profenid®

Kétoprofène

100mg/2ml

Solution injectable

Voie intramusculaire stricte

6 Ampoules

LOT 0187

PER 11 22

PPV 54.10 DH



sanofi aventis



3 ampoules
4 mg / 1 ml

Célestène® 4 mg/1 ml

solution injectable

Lot

EXP

X03211

01/2021

CELESTENE® 4 mg/1 ml solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



811 800115 008 3

CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.

P.P.V. : 45,80 DH

Distribué par MSD Maroc

B.P. 136 Bouekoura



**CELESTENE®
+ GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez
la femme enceinte,
sauf en l'absence
d'alternative
thérapeutique**



Célestène® 4 mg/1 ml

solution injectable

3 ampoules
4 mg/1 ml

Lot

EXP

X03211

01/2021

CELESTENE® 4 mg/1 ml solution injectable



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



**CELESTENE®
+ GROSSESSE
= DANGER**

**Ne pas utiliser chez
la femme enceinte,
sauf en l'absence
d'alternative
thérapeutique**



811 800115 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura



كودوليبيران®

16 قرصا
قابلا للكسر

بارا صيطامول و كوديين

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217



b

بوتي
82 ممر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوشى - صيدلي مسؤول

COMPOSITION

Paracétamol pour un comprimé 400 mg
Phosphate de codeïne hémihydraté (correspondant à codeïne base 15,62 mg)..... 20 mg

INDICATIONS

Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine
ou le paracétamol utilisé seul.

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

16 COMPRIMES
SECABLES

02/20
100018

PPV: 22DH20
PER: 05/22
LOT: J1409

A15762



Indopharm® 100mg
Boîte de 10 suppositoires

Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites

A.M.M : 540/14 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharma 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Composition :
Indométacine.....100 mg
Excipients q.s.p...1 suppositoire

التركيب :

إندوميتاسين 100 ملغ
سواغ كمية كافية لـ 1 حاملة

100 ملغ

Ⓜ

أندوفارم

أندوميتاسين



لل كبار

إبتداء من 15 سنة

PHARMA 5

10 حملات

عن طريق المخرج