

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

- Reclamation : 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

663501
M. Bounchadi Mira

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 663501

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ouled Bounchadi Mira

Date de naissance :

Adresse : Rue Alkaybah n° 54 Hay linbiat sali

Tél. : 06 44 64 68 68

Total des frais engagés : 1,43,20 Dhs.

Cadre réservé au Médecin : **EL MELHAOUI Abdelkrim**

Diplômé de la Faculté de Médecine
Expert Assermenté Prêt des Tribunaux
de Rabat
F.P : FCH - FCC

Cachet du médecin :

18 JUL 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ouled Bounchadi Mira Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

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'adhérent conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis par la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

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) Ouled Bounchadi Mira

Total des frais engagés : 1,43,20

RELEVE 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	0	0	0	INP: 18 JUL 2020 Dr. ELMELHAOUI Abdelkrim Diplômé de la Faculté de Médecine Expert Assermenté Prét des Tribunaux de Rabat EXP : ECH - ECG 105

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 CENTRAL PHARMA SIDI BOUZID - TUNISIA TUNISIA 137520721	18/07/2020	243.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT :

Dr.EL MELHAOUI ABDELKRM

Diplomé de la faculté de médecine
Expert assermenté près des Tribunaux
de Rabat
Exp: ECHO - ECG
Agrée par service des mines



الدكتور الملحاوي عبد الكريم

خريج كلية الطب
طبيب خبير و محلف لدى المحاكم العليا
بالرباط
الشخص بالأمواج الصوتية - تحفيظ القلب
معتمد من طرف مركز تسجيل السيارات

Ordonnance

INP : 101058352

Nom: Sidi Allal El Bahaoui

Sidi Allal El Bahaoui le:

18 JUL 2020

56.10 X 2
108.20

د. علال
البهاوي

45.80 X 2
91.60

الدواء
الدواء
الدواء
الدواء
الدواء
الدواء

21.20

دواء

22.20

دواء

243.20

دواء

Dr. ELMELHAOUI Abdelkrim
Diplômé de la Faculté de Médecine
Expert Assermenté Près des Tribunaux
de Rabat
Exp: ECHO - ECG

الحي الإداري سيدى علال البهاوى

Tél: 05 37 52 04 46 Gsm: 06 66 02 61 44

Profenid® 100 mg/2 ml

احترم المقادير المحددة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

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 ملخ/2 مل
كيبوفين
 محلول لحقن
 6 أنبوبات
لا يحقن إلا في العضل

60/11
0-896-091

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 المحددة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

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 ملخ/2 مل
كيبوفين
 محلول لحقن
 6 أنبوبات
لا يحقن إلا في العضل

60/11
0-896-091

Profenid®
Kétoprofène

100mg/2ml

Solution injectable

Voie intramusculaire stricte

6 Ampoules

LOT 0187
PER 11 22
PPV 54.10 DH



sanofi aventis



Célestène® 4 mg/1 ml

solution injectable



**CELESTENE®
+ GROSSESSE
= DANGER**

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

CELESTENE® 4 mg/1 ml solution injectable



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Lot
EXP

X03211

01/2021



611 800115 008 3

CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.

P.P.V. : 45,80 DH

Distribué par MSD Maroc

B.P. 136 Bouskoura



3 ampoules
4 mg/1 ml



Célestène® 4 mg/1 ml solution injectable

Lot
EXP

X03211
01/2021



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

3 ampoules
4 mg/1 ml



CELESTENE®
+ GROSSESSE
= DANGER

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

CELESTENE® 4 mg/1 ml solution injectable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

كودوليبران®

16 قرصاً
قابل للكسر

بارااسيطامول و كوديين

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



بوري[®]
عمر الكازيناس - عين السبع - الدار البيضاء
س. البشوش - صيدلي مسؤول

b



6 118000 040217

COMPOSITION

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine hémihydraté (correspondant à codeine 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.

02/11
100018

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



b

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

16 COMPRIMES
SECABLES

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

التركيب :

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

التركيب :

أندوميتاسين 100 مل
سواع كبيه كافية ل 1 حمولة

Liste I
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

100 مل

PHARMA 5

أندو فارم
أندوميتاسين



10 حمولات
عن طريق المخرج