

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.

M22- 0035345

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance : 08-08-1985

Adresse : Bd de Sidi Benou Râbi Rue Sââle

Marrakech

Tél. : 066 118 11 87 Total des frais engagés : 355,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LAHLOU LAÏLA
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

Date de consultation : 04/03/2023

Nom et prénom du malade : M^{me} BENCHEIKH EL ATMANI Mohamed- WAHIB. Age : 67 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION RHUMATISMALE

Affection longue durée ou chronique : ALD 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 : CASABLANCA Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 Recouvrement des Actes
2004/03/23	CS	C 20	300,00 AHS	

A redacted prescription form with a large red stamp in the center. The stamp contains the text 'PHARMACIE DE LA MOSQUEE' in a large, stylized font, with 'Doktor Alaa' and '16, Rue de l'Alma' written below it. To the right of the stamp, the date '09/20/2013' is handwritten. The stamp is partially obscured by a blue ink mark that reads 'PHARMACIE DE LA MOSQUEE' and 'EXECU'.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/03/23	55,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

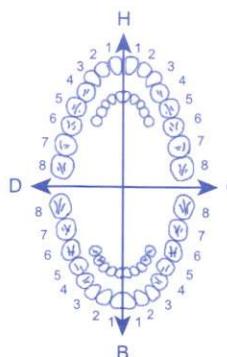
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HORAIRE

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	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	35533411		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
35533411																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

Dr. Laila LAHLOU

Maladies des Articulations - Os - Muscles
Colonne Vertébrale
SPECIALISTE EN RHUMATOLOGIE
MEDECIN PODOLOGUE
Maladies des Pieds
Diplômée de l'Université de Médecine de Paris



الدكتور

اختصاصية في أمراض الروماتيزم
العظام والمفاصل والعمود الفقري
اختصاصية في أمراض الأرجل
خريجة كلية الطب بجامعة باريس

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim ROUDANI
3ème étage - Appt. 5 - Maârif - CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 76 02 / 05 22 25 76 04 - Fax : 05 22 98 15 21

Sur rendez-vous

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروداني
الطريق 3، الشقة 5، المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 15 21 - الفاكس : 05 22 25 76 02 / 05 22 25 76 04

بالموعد

Casablanca, le

7/3/2003

الدار البيضاء، في

R BENCHERIF BOHARED -
WAHIB.

COLTRAX OP N° 45.70
45.70
up | T le 20/03 au couché.
X le 20/03.

GETANYL OP 500
10.20
up matin 8/4
up | 'après opas.

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. HABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tél. 05 22 08 42 73

Docteur LAHLOU LAILA
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Maârif - Casablanca
Tél: 0522 25 76 02 / 04

اللام والحمى

سيتاميل® باراسيتامول 500 ملغ

قرصا
عن طريق الفم 20

لا يترك في متناول الأطفال
Ne pas laisser à la portée des enfants

گلینیکا G

Posologie : lire notice. En général :
Adultes : 1 à 2 comprimés à 1 à 3 fois par 24 heures
Enfants de 13 à 15 ans : 1 comprimé par prise, sans dépasser 6 prises par 24 h
Enfants de 7 à 13 ans : 1 comprimé par prise, sans dépasser 4 prises par 24 h
Enfants de 3 à 12 ans : 1 comprimé par prise, sans dépasser 3 prises par 24 h
Enfants de 1 à 2 ans : 1 comprimé par prise, sans dépasser 2 prises par 24 h
Ne pas laisser à la portée des enfants.
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

Douleurs et Fièvre

CETAMYL®

20 comprimés
Voie orale

Composition : AMM N° : 125/17DMP/21/NRQ
Paracétamol 500 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose
Boîte de 20 comprimés

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacie Responsable

G Laboratoires GALÉNICA - Z.I. Ouled Satch - Casablanca - المغرب البيضاء الدار - صالح اولاد - م.ص.

Lot N°/Date Perf.:

CETAMY[®] 500 mg

100x45x20

FACEBOOK 02

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax®

THIACOLCHICOSIDE

Coltrax® 4 mg
12 comprimés

6 118000 120322

عن طريق الفم

إرشادات

مقادير

كيفية الاستعمال

حالات عدم الاستعمال

Voie orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

voir notice

انظر البيان

ج.م. ٦٥٦٣

كولتركس

ج.م. ٤٠٠ ل.م. ١٢

ج.م. ١٥٠



Formule :

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boite de 12 comprimés.

POLYMÉDIC

Rue Amzaj d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOI BACHU - Pharmacien Responsable

Coltrax®
12 comprimés