

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11533	Société : ASSAF		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NASR Nour NA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 05 00 633 793	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 الطب العام تجزئة النصر بلووك 24 الطابق 1 أولاد صالح إقليم التوادسر Tél : 06 59 50 24 78			
Date de consultation : 20/09/2012			
Nom et prénom du malade : Taghoute Aya Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Ama - grippe			
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 : _____ Le : _____

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 Paiement des Frais
20/04/19	C	150	150	INPE: 09125173 دكتور قادری قاسمی محمد الطب العام تجزئة النصیر بلون 24 الطابق 1 أبو صالح اقامه: ٢٤٧٨ Tél.: 06 55 50 24 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20 04 23	488,60

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		092088962	

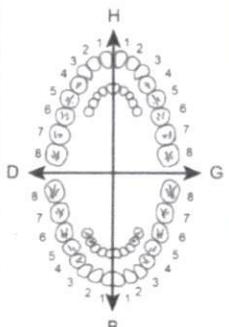
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

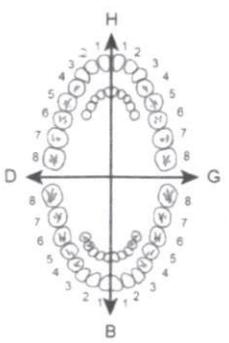
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLE
DES TRAV

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Kadiri Kasmi Mohamed

الدكتور قادری قاسمی محمد

Médecine Générale

الطب العام

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casa

خريج كلية الطب

و الصيدلة الدارالبيضاء



ORDONNANCE

TAFROOTÉ AYA

Nouaceur, le 20/04/2023

1) fephex

$\frac{60,00 \times 3}{180,00}$ 1 flacon



1 mois

2) SCITAP 10

$\frac{154,30 \times 2}{308,60}$ 1 fl.

1 mois

488,60

AVIRUE NOUR VICTO
Dr. RAHAL Hajar
Anasr 52125, 14 N° 14 - Monacch
66.642.83.38
05.20.630.11

092088962

الدكتور قادری قاسمی محمد
الطب العام
تجزئة النصر بلوک 24 الطابق 1
أولاد صالح إقليم النواصر
Tél.: 06 59 50 24 78

الرقم 191 ، تجزئة النصر ، بلوک 24 ، الطابق 1 ، أولاد صالح - إقليم النواصر

الهاتف(مستعجلات) : 06 34 83 90 56 بريد إلكتروني : kadirikasmi440@gmail.com

Mangue
↑ Ferplex
Perdu

12/01/2013

INSTRUCTIONS ET POSOLOGIE
Conformément à la prescription du médecin

CONDITIONS D'EMPLOI
Voir notice à l'intérieur.
Voie orale.

CONDITIONS DE CONSERVATION

A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.
A conserver à une température ≤ 25°C
Ne pas laisser à la portée des enfants

دواعي الاستعمال والمتغيرات المعاينة
الدواء يوصى بتناوله على معدة فارغة
نحو موعد الاستعمال
تناوله على معدة فارغة
عن طريق الفم
المحفظة
بعد احتقانه يتناول الدواء داخل الطفولة قبل او تسلية 25 دقيقة.
لا تترك هذا الدواء في متناول الاطفال.

6

PPV: 154 DH 30
PER: SEP 2023
LOT: KE10120

Cipla Maroc



لحبوب ٣٠

ج. ١٥ ريزيرف

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc
Site de conditionnement secondaire : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيليا المغرب
منب. 111850 - 4491 عن المغرب - المغرب
موقع التلقيح اللاتي : معدن الصيدلة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير المحددة
Uniquement sur ordonnance : Tableau A (Liste I)

S-CITAP® 10 mg

Escitalopram

30 Comprimés pelliculés

Cipla Maroc

INDICATION

en conformité

INDICACION

en conformidad

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant :
ITALFARMACO S.A.
C/San Rafael 3, Polígono Industrial de
Alcobendas.
28108 Alcobendas-Madrid. Espagne.



Importateur:
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA
Zone industrielle Had Soualem Lot 149. Maroc.
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable
Médicament autorisé N° 70/18 DMP/21/NRQ

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

211872/07

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant :
ITALFARMACO S.A.
C/San Rafael 3, Polígono Industrial de
Alcobendas.
28108 Alcobendas-Madrid. Espagne.



Importateur:
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA
Zone industrielle Had Soualem Lot 149. Maroc.
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable
Médicament autorisé N° 70/18 DMP/21/NRQ

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

211872/07