

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-003817

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28.12

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Hammou Yelloulia

Date de naissance :

Adresse : 76 Rue Attarmedi Naarif extérieur

Tél. : 06614922459

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2023

Nom et prénom du malade : BEN HAMMOU YELLOULIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allergie + rhume

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

elHABIB

Le : 09/09/2023

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
09/15/23	G		150 DH	Dr. B. SARKAR Médecin N°. A 24 GH. 13 April 1 - Cais 20120 1954

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr S. A. M. A. A. Pharmacie Achrafieh Sidi Maârif - Casablanca 05 22 25 22 09	09/05/23	502,32

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient des travaux													
				Montants des soins													
				Début d'exécution													
				Fin d'exécution													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></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>B</td><td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
				Montants des soins													
				Date du devis													
				Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

د. بشرى السقاط

الطب العام

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA
Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفرزة)
والأمراض التنسالية - السيدا
اختصاصية في التظير المهبلي وأمراض النساء
طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 09/5/2013

BEN HAMMOU YELLOULIA

(AS)

22,70 x 2

(1)

Rinomycine

63,20 x 4

(2)

1 Sachet x 3 f

Zyntec

60,10

(3)

1 CP le bon

Naxilase 3000

1 CP x 3 f

76,10

(4)

Carbodylane

2 gel x 3 f x 08

70,00

(5)

Reflux Aid Sachet

api 4f x 08

502,30

PHARMACIE ACHARAF SARL
Dr SAHIB Mohammed Amine
Rue Socrate Maârouf Casablanca
Tél: 05 22 25 22 09

Dr. B. SEKKAT
M.D. M.Sc.
M.D. Al Mostakbal
G.H. 13 April - Casablanca

مجموعة الضحى المستقبل، GH13، العمارة A24، شقة 1 - سيدى معرف - الهاتف: 05 22 32 10 07 - الدار البيضاء 20280

Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasekkat@gmail.com : البريد الإلكتروني

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

٢٠١٨

رينوميسين®

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاجي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

٢٠١٨

رينوميسين®

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما ٥
ياسمين لحلو فيلاجي صيدلي مسؤول

Composition

Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

Instructions d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans :

1 - 2 sticks après les repas et au coucher.

Enfants de moins de 12 ans : 0,5 - 1 stick après les repas et au coucher.

LOT

LOT 2227892
EXP 2025/09
PPC 70 DHS



REFLUX



63120

زيرتك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات

15 قرصاً ملمسة قابلة للكسر



Zyrtec® 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.
Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U. CEIP
para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito importante:

amarelo alaranjado 5 (E110),
sacarose, lactose.

60DH10
PPV:

580735
CASABLANCA - Maroc
21, rue des Oudaya
par LAPROPHAN
Distribué sous licence

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris, France

Fabricant / Manufacturer:
المصنّع /
Sanofi Winthrop Industrie
1, rue de la Vierge
Ambarès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France

Médicament autorisé /
Authorized medicine/
دواء مرخص رقم:
34009 30653074



3 582910 011910



LOT: 123 -

EXP: 05-2026

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE

Boîte de 96 gélules (48 doses)
PPV 74.00 DH



6 118001 070893



63120

زيرتك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات

15 قرصاً ملمسة قابلة للكسر



Zyrtec® 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158



63120

زيرتك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات

15 قرصاً ملمسة قابلة للكسر



Zyrtec® 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158