

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Facture
juste 80 DT

Déclaration de Maladie : N° S19-0003584

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société : RAT 199833
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : MAOUN Yousfi Date de naissance : 15/01/1951
 Adresse : Al 19 Rendu ATLAS Dogdor ESSAOUIRA
 Tél. : 0661233350 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin ALAHYANE ABDELWAHAB

Cachet du médecin : Chirurgien
Clinique Al Akhawayn
 13 quartier des dunes, boulevard Al Akaba
 Essaouira - Tel: 05 24 47 31 44

Date de consultation : 27/11/2023

Nom et prénom du malade : MAOUN YOUSFI Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

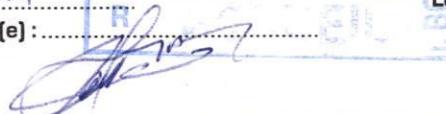
Nature de la maladie : Retentisse graine

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 : Essaouira Le : 17/12/2023

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 Renseignement des Actes
27.11.23 CSM			800 DH	Dr. ALAHYANE ABDERRAHMANE Chirurgien Dentiste Clinique Alahyane Quartier des dunes - Essaouira - Tel: 05 23 47 31 44
	ACTE		FACTURE	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
ROUDANI Nadija Pharmacie LA MOSQUEUE	27.11.23	166.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

D H G

B

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

H G

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الأخوين

Clinique Al Akhawayn

NOTE D'HONORAIRES

ESSAOUIRA LE		27/11/2023
PATIENT		MAOUN Youssef
ACTE	MÉDECIN	MONTANT
CONSULTATION -	Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB	300,00
	TOTAL	300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cents dirhams		

Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB
Chirurgien
Clinique Al Akhawayn
13 quartier des dunes, boulevard Al Akhawayn
Essaouira, Tel. 05.24.47.31.44

Clinique Al Akhawayn
13 quartier des dunes, boulevard Al Akhawayn
Essaouira, Tel. 05.24.47.31.44



مَرْكَزُ الْأَخْوَىينَ
Clinique Al Akhawayn

Le : 27/11/13

YoussSEF MAOUR

109,70

S.V.

Y CONTI FLO g

57,70

BREXIN



→ 166,80

كونتيفلو®

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



كبسولة
ذات تحرير ممددة
عن طريق الفم
0.4 ملغ

GTIN: 18901296110185
Lot: DFD6177C
EXP.: 11/2024
S.N.: 3EMC6MB6TUN



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

Composition :

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) 0.4 mg.

Excipients q.s.p une gélule.

Excipient à effet notable : Jaune orangé S (E110), rouge cochenille A (E124), azorubine (E12).

Indications, contre-indications, posologie et précautions d'emploi: Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

5127690

01/2016-D

التركيبة :

كلور هيدرات تامسولوزين (ت. د. م) 0.4 ملغ.

الأسوغة كمية كافية لكل كبسولة.

الأسوغة ذات تأثير معروف : أصفر برتقالي من (E110)

أحمر قرمزي A (E124) . أزرق روبين (E122).

الإرشادات العلاجية. مواعيذ الاستعمال، الجرعة

والاحتياطات الاستعمال: يقرأ اللائحة بالداخل.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعذر 25 درجة مئوية.



CONTIFLO® D

PPV: 109DHT0

0.4 mg
30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale

CONTIFLO®^{OD}

Chlorhydrate de Tamsulosine



Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.



CODE No.:
MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 211/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

IDEMCO

Composition:

Piroxicam 20,00 mg
sous forme de complexe
piroxicam-βéta-cyclodextrine.
Excipients (dont Aspartam et
sorbitol) ... qsp 1 sachet.

التركيبة:
بوروسيكلام 20,00 مغ
على شكل مركب بوروسيكلام ببطا
سيكلودextrine.
السواغات (بما فيهم الأسيتام و المسوربيول)
...
يما يكفي كبس واحد

Fabriqué par :
PROMOPHARM S.A., Zone industrielle du
Sahel, Rue N° 7 BP 96/97, 26400,
Had soualem-Maroc.

الشركة المصنعة:
بروموفارم، شركه مساهمه، شارع رقم 7
المنطقة BP 96/97
الصناعية للساحل، حد السالم، المغرب.

Brexin® 20 mg

Piroxicam-β-cyclodextrine

10 sachets

chiesi

95x125x35 mm

10

voie orale

10 sachets

Piroxicam- β -cyclodextrine

Brexin® 20 mg

بروكسيبن® 20 مغ

بيروكسيكام بيطاسيكلوديكسترين

10 أكياس

عن طريق الفم

Ne pas dépasser les doses prescrites.

لا تتجاوز الجرعات المحددة

Tableau A (Liste 1)

2CS0042.V01

EXP:

Lot N:

PPN:

chiesi