

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

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



Déclaration de Maladie

195312 W21-840664

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 761 Société : Royal Air Maroc
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAZRE ABDEL FATIA H
 Date de naissance : 20-04-1942
 Adresse : 4, Résidence IBRAHIM KHALDOUN, Agdal
 Tél. : 0616752334 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Pr. A. EL IDRISSI LAMGHARI
 Hépato-Gastro-Entérologue
 Endoscopie Digestive Interventionnelle
 35, Av. Fal Ould Oumeir, Appt. 5
 Agdal - Rabat
 INPE : 101 106 920

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02/02/2024
 Nom et prénom du malade : LAZRE ABDEL FATIA H
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT


Déclaration de maladie W21-840664

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 761
 Nom de l'adhérent(e) : LAZRE
 Total des frais engagés : 737,30
 Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
06/02/2024	CS		300	Pr. A. EL MORIS Hépatogastro-Entérologie Endoscopie Digestive Interventionnelle 35, Av. Far Ould Oumeir, Appt. 5 Agdal - Rabat INPE : 101 106 920

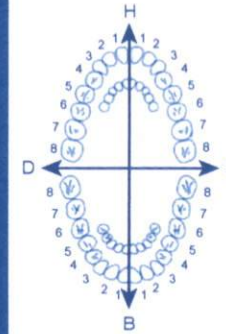
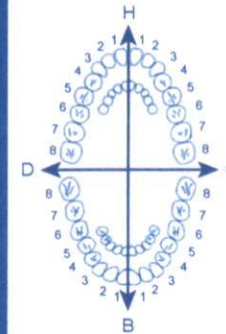
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06.02.2024	437,20

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	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Professeur A. EL IDRISSE LAMGHARI

Spécialiste en Hépato-Gastro-Entérologie
Diplômé de l'Université d'ANGERS (France)
En Endoscopie Digestive Interventionnelle

الأستاذ ع. الإدريسي لامغاري

إختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي
حاصل على شهادة جامعية من جامعة انجي بفرنسا
في التنظير العلاجي الباطني

Date :

06/02/24

Lazreq Abdel Fattah

18,30

Mégasfon - 160

1 gel x 3/4

2001

Symetix

1 gel 1/2 x 1 fois

Mouicol

1 sachet for

991

Lapifor

18/1



Pr. A. EL IDRISSE LAMGHARI
Hépatogastro-Entérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
35, Av. Fal Ould Oumeir, Appt. 5
Agdal - Rabat
INPE : 101 106 920

Synbiocetical®



Souche
Thermostatant



Haute Teneur.

Cellular
Costro-Resistant

Cluster Réseaux
de la région

 Large SpectreBactéries
Vivantes

Formule innovatrice

Cellular
conditions

Food supplement, Is not a medicine.

Synbiocetrical®

SysMetix
Symbioceutical

SysMetix
Synbiocetival®

Synbiocetrical®

À base de ferments lactiques



10 Billion Synbiotics

8 Ferments Lactiques (Probiotiques)

Prébiotique + Nutraceutique
(Vitamines C et D3)

SysMetix contient des ferments lactiques, des levures, du prébiotique, du camu-camu et des vitamines. Contient de la vitamine C et de la vitamine D3 qui contribuent au maintien du fonctionnement normal du système immunitaire.

Poids net total: 10 g



30 Caps

Total active cells count: 10^{10} colony forming Units (CFU)/daily dose (1 Cap)

... la dose journalière indiquée.

Ne pas dépasser la dose journalière.

Conserver dans un endroit frais.
Tenir hors de portée des enfants.

SysMetix
Immuno
10 Billion Synbiotics



FORTÉ PHARMA
LABORATOIRES

LIXIFOR



> ACTIFS 100%
D'ORIGINE
NATURELLE

**1 GÉLULE
PAR JOUR**



5 gélules - **Sans gluten**

Complément alimentaire



à consommer
de préférence

RFF 317MA

X1030 1226

LOT

PER

Prix

99.00



3 700221 339503

Megasfon[®]

160 mg

20 comprimés orodispersibles

voie orale

Megasfon[®]

Phloroglucinol

160 mg



LOT : 5110
PER : 06 - 25
P.P.V : 58 DH 30



20

comprimés orodispersibles
voie orale

PHARMA 5

Lire attentivement la notice avant utilisation

Douleurs spasmodiques de l'intestin, des voies
biliaires, de la vessie et de l'utérus

A conserver à une température ne dépassant
pas 30°C et à l'abri de l'humidité

Ne pas laisser à la portée des enfants

Fleximat

MIPRAS

Centre Allal Benabdallah
Angle Mohamed Fokir & Allal Ben
Abdallah
Quartier de L'Houlogne

CASA 6000 20.000



Printer Information Report

Model Name: HP ENVY 6000 All-in-One Printer series

Service ID: 32347

Firmware Version: VASBYTPP2N001.2323A.00

Bonjour Name: HP ENVY 6000 series [FFADD7]

Web Services: Not applicable

Estimated Ink Levels. Actual ink levels may vary: K-Ready, CMY-Ready

Serial Number: TH17QCC0D1

Quiet Mode: Off

Automatic Firmware Update: On

Printer PIN: 11534465

Printer Code: JV1L HCTH 17QC C0D1



This printer is not connected to a network.

However, Wi-Fi is turned on.

For printed instructions on how to connect the printer to a wireless network, hold the Information button* for 3 seconds until all buttons are lit, and then press the Information button* again.

To print additional network information and to solve any Wi-Fi problems, hold the Information button* for 3 seconds until all buttons are lit, and then press the Information and Resume button* at the same time.



With Wi-Fi Direct, you can connect your computer, smartphone, or tablet directly to a printer wirelessly—without connecting to an existing wireless network.

The Wi-Fi Direct name is "DIRECT-D7-HP ENVY 6000 series".

The Wi-Fi Direct password is "647869635943".

For instructions on how to connect to the printer using Wi-Fi Direct, Hold Information* button for 3 seconds until all buttons are lit, and then press Information and Cancel* buttons at the same time

Additional Assistance

- To print the Printer Status Report, press the Information* button for 3 seconds until all buttons are lit, and then press the Resume* button.
- The printer can automatically detect when one of the following paper sizes has been loaded: Letter, 5x7 in., 4x6 in. If you want to configure the printer to detect different sizes, use the HP Smart app or the printer home page (<http://0.0.0.0>).
- Scan the QR code to learn about the printer control panel and lighting patterns.



hp.com/support/envy6000e

For more information, see the documentation provided with the printer.

*Icon Descriptions

Information

Cancel

Resume

Copy

Power

Wi-Fi

