

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

N° W21-634102

AG 8853

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10914	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : HAFID Hakima			
Date de naissance : 24 Février 1991			
Adresse : 151 32 route II Route Bouskoura			
Tél. : 06 62 68 26 78	Total des frais engagés : 873,60 Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :

13-02-2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

HAFID HAKIMA

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Laryngoscopy

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 : N° 3, le : 13,02,2024

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 Actes
12 03 2024	(a)		300,00	INP : 0010871

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Berrechid Halima Marrakchi Pharmacienne 93 Med Mohamed V Berrechid Tél : 0522324068	14/01/2024	5136

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

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

Docteur A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de sport

الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقديم المعلمات
الطب الرياضي



ICE : 001898108000064
E-mail : docslialaab@gmail.com

~~Pharmacie Berrechid~~
Halima Marrakchi Pharmaciene
93 Med Mohamed V Berrechid
Tél : 0522 824068

Berrechid, le :



14/08/20

Halcane Hafdu.

28.80 ~~Vitamine C 500 mg 2x2 S.V.~~

+ 14.00 ~~Phytofller 1x2 S.V.~~

25.80 ~~Codamel plus 36179 01x3 S.V.~~

47.90 ~~Alcipexane 200 mg 1x2 S.V. Repay~~

49.30 ~~oedex 1x2g S.V.~~

29.10 ~~Dolifen 5.0 mg 1x3 S.V.~~

198.00 ~~Noxicetral 500 mg 2x2 S.V.~~

+ 37.70 ~~halma~~

~~Pharmacie Berrechid~~
~~Halima Marrakchi Pharmaciene~~
~~93 Med Mohamed V Berrechid~~
~~Tél : 0522 824068~~

شارع مولاي اسماعيل - برشيد - المحجول - 87 Avenue Moulay Ismail - BERRECHID - GSM : 06 61 32 50 34

المجموع : 513,60

الكلية الفنية للمهندسين
جامعة كامبريدج

جامعة كامبريدج

جامعة كامبريدج

جامعة كامبريدج

جامعة كامبريدج

فيتانفرييل قوي 100 ملغ
بنفوتيامين

GTIN: 06118001260850
LOT: 4073
MFG: 10 2022
EXP.: 10 2025
PPV: 94Dhs00



PPV

LOT

PER

هذا الدوا

د. اشتشر

ك. إعطاوه

، عوارضك

VITANEVRIL® FORT

30 comprimés pelliculés

28,80

MYDOFLEX® 150 mg
Topirapine HCl
30 Comprimés pelliculés



6118001260850



100 ملغ

من واحد

دون خطر

تأثير على

تحفاض في

الامتصاص،

ية بالحقن. و

اب الأعصاب

د الألم.

LOT: 162.3079

PER: 03/2028

PPV: 47.90 DH

47.90

HJ4689
06/2028
P.P.V:37DH70

CODAMOL PLUS
16 comprimés effervescents
P.P.V. : 28,80DH



6 118000 191872

IMPRIMEPEL 10/18/105 X

مختبرات كاليفينكا - م.ص. أولاد صالح
Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

1. الش

علبة

الرجا

- احت

- إدا

الطبي

- لقد

للآخر

2. القر

بنفوتي

السوا

قائمة

عند بع

3. الص

يتنسب

الجهاز ال

4. الوصف

المقدار:

2 الى 4 أقراص خلال 24 ساعة.

في جميع الحالات يتبع التناول بوصفة طبيبك
طريقة الاستعمال:
عن طريق الفم
مدة العلاج:
تقيدوا بوصفة طبيبك

مخابر
(-22)
الصخ

LOT 220288
EXP 09/2024
PPV 52.80 DH

COOPER PHARMA
PPV: 49,30 DH

