

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-829569



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12610

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENHABIB Samy Amine

Date de naissance : 26-03-86

Adresse : Harchoura

Tél. : 0661250076

Total des frais engagés :

314,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Benhabib Samy Chaf
Médecin Généraliste
N° 28, 1er étage, Av. Med Zartouni
Hay Nahda - Témara
Tél.: 0637 80 79 64 GSM: 0668 43 38 21

Date de consultation : 07/01/2024

Nom et prénom du malade : BENHABIB Samy Amine

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Bruxisme

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 : Casablanca

Le : 21/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

AB

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
05/01/2024		E	120 K	INP Médecin Généraliste N° 28, 1er étage, Av. Med. Larouci Hay Nahrda - Temara 06 79 64 GSM: 0688 43 32 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/01/14	744,80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	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	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté
de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Échographie Générale
- De diététique Médical (Obésité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونبولي (فرنسا)

Témara le 05/09/2024 تمارة في:

Nom: Ben Hmida

Age: Ans

Prénom: Samy Ami

T° C°

Poids:

TA:

$$138,30 \times 2 = 276 \text{ kg}$$

17. Supnentrop

14,0

7 9 2 3 0 8 5

Q: 1. Diprane 10

$$93,70 \times 4 = 398,80 \text{ T. 14,00}$$

Q: Lorbit 10

55,40

24,00 02 my

④ Sympal 200

74,80

25,00



PHARMACIE HARROURA
Docteur Mohammed Sbiti
Rue Dar Esalam Guy Villa 12024
Tunis - ICE: 00161324300008

Dr. Sidelkheir Mly Cherif
Médecin Généraliste
N° 26, 1er étage, Av. Med Zarktouni
Hay Nahda - Témara
Tél: 0537 60 79 64 GSM: 0868 43 38 21

رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الما

N° 28 1^{er} étage Av. Med Zarktouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64

GSM : 06 68 43 38 21 / 06 61 16 17 69 المتنقل: ICE : 001613243000095

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1 g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام



PPV: 138,30 DH
LOT: 650873
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

AMOKICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1 g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1 غ = قرصين = محتوى فقاوة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 651259
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

COOPER PHARMA

DEPUIS 1933

41, Rue Med Diourif 20 110
Casablanca, Maroc
20 110 - 522-2222 2222 41
Pharmacien Responsable :
Amna DAOUDI
533111 1111 1111 1111
Sous licence des laboratoires
FIDIA.

Maphar.
Nom et adresse du fabricant :
Boulevard Alkmia N°6,
AI-SIDI BERMOUSSI, Casablanca.

SURGAM 200MG
CP SEC B20

P.P.V:55DH40



78090 00800 1180001 9

LOT: 23E004
PER: 02/2026

Surgam 200mg

((200)) C 33-3

Tableau C (liste II)

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

Algeria 200mg



Doliprane®

Paracétamol

1000 mg

10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE



Adulte

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M2185

30 comprimés
Voie orale

LOT:14523011
PER:03/2028
PPU:99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG 
Bilastine



FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

LOT:14523011
PER:03/2028
PPU:99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG 
Bilastine



FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

LOT:14523011
PER:03/2028
PPU:99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG 
Bilastine



FAES FARMA

30 comprimés
Voie orale

LOT:14523011
PER:03/2028
PPU:99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG 
Bilastine



FAES FARMA