

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.

N° W19-517806

38 U31

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) _____
Matricule : 2796 Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____
Nom & Prénom : Jouhari Abdelfettah

Date de naissance : 14.05.1947

Adresse : Résidence Al Beustane 37 Apt 10 Hay El Fath C 7 m Rabat

Tél. : 0667321249 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin **professeur KRAMI H.E.**
Hépato-gastrologue et Proctologue
Rue Beht Imm. 22 1er étage Appt 5
Agdal - Rabat
Tél. : 06 61 40 00 74 - 05 37 68 04 0-
INP : 101102341

Cachet du médecin : 

Date de consultation : _____

Nom et prénom du malade : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

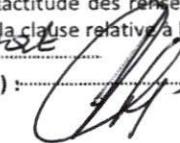
Nature de la maladie : _____

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 : 02 SEP. 2020 Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien HAROUNI Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ABDULLAH AQUAM Naima 6 Amal 4, Ext. Av. Massire M. R. Tél: 037.79.83.47	16/6/20	230.80
PHARMACIE TARIK 555620		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

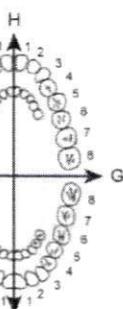
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

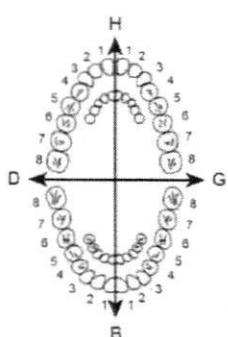
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25633412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25633411	21433552



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Hayat Ennoufous Krami

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

«Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes»

Diplôme de proctologie médicale et chirurgicale

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale



اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

بيلوم أمراض المخرج وجراحة البواسير

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Rabat, le : 16/06/20

Mme Touhami
Abdelkaffah.

8u. 80

11 Brexim 20

14/01/2007
après repas.

Trimedat 150

98.80

250.80

PHARMACIE YARIT
Rue Agdal - Zankat Oum Rabie Immeuble 22, 1^{er} étage, Appartement 6 - Agdal - Rabat
Tél. : 05 37 68 04 04 - GSM : 06 61 40 00 74 - 08 08 34 43 76 - E-mail : hayatkrami@gmail.com

Professeur HAYAT ENNOUFOUS KRAMI RE
Hépato-gastrologue et Proctologue
Rue Béch Imm. 22 1^{er} étage Appartement 6
Agdal - Rabat

Tél. : 06 61 40 00 74 - 05 37 68 04 04
INP : 101102341

16/06/2007

2X15

زنقة بيت وام الرابع عمارة 22 الطابق الأول شقة رقم 6 أكادا - الرباط

Rue Baht et Zankat Oum Rabie Immeuble 22, 1^{er} Etage, Appt 6 - Agdal - Rabat

Tél. : 05 37 68 04 04 - GSM : 06 61 40 00 74 - 08 08 34 43 76 - E-mail : hayatkrami@gmail.com

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 62 DMP/21



NEOFORTAN®
160 mg
COMPRIMÉS EFFERVESCENTS

الغربي - البيضا - الدار البيضاء - زنقة الاواداية - 21. **مختبر المعلم** لـ **الطبخ** **للمطبخ** **للبشرى** **للبشرى**

بیو فور بیان ۱۶۰ ملغم

فلوروجلوسبينول

10



NEOFORTAN® 160 mg

PPW 98DH80
EXP 11/2022
LDT 98D44 5

بلوكستيلن 20 مع بيروكسبيكام بيتا سبيكلوديكسترين

دواء
الدواء
الدواء

عن طريق الفم

84,80

قرصا قابلة للكسر 20

Brexin® 20 mg

Proxicanil-cyclodextrine
20 comprimés sécables
PROMOPHARM S.A.



6 118000240181

© Chiesi

١٥٠ ملغ

ترصيدا

ترميبوتين ماليات

LOT : 7051

UT. AV : 12 - 24

P.P.V : 47 DH 20



Trimedat® 150 mg
Boîte de 20 gélules

Liste II
Uniquement sur ordonnance

Respecter les doses prescrites
احترم المقادير المعينة

AMM : 398/12DMP/21/NCF



Composition :

Trimébutine maléate..... 150 mg
Excipients q.s.p..... 1 gélule

التركيب :
ترميبوتين ماليات..... 150 ملغ
سواغ كمية كافية ل..... 1 كبسولة