

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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 canalaire, 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 canalaire.

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'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie : N° P19-0004466

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0.16.46

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARIM MED Date de naissance : 21/01/53

Adresse : 364 WY ANNAASSIM CASA

Tél. : 0648217213 Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

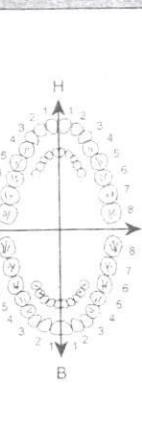
Le : / /



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
06-2006	Consultation Médicale			Dr. Amal BAGHDADIAN CARDIOPATHOLOGISTE Clinique Sainte-Marie 225

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHRAGUI Dr. HELZY Hicham Chragui Sahel Old Hmz - Berrechid	<u>13</u> <u>06</u> <u>2020</u>	# 1645,40 Dh

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

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'O.D.F.																							
 SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																			
				MONTANTS DES SOINS																			
				DEBUT D'EXECUTION																			
				FIN D'EXECUTION																			
	O.D.F. PROTHESSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533412</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533412	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H																					
		25533412	21433552																				
		00000000	00000000																				
		<hr/>																					
D		G																					
00000000		00000000																					
35533412		11433553																					
B																							
			MONTANTS DES SOINS																				
			DATE DU DEVIS																				
			DATE DE L'EXECUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

13.06.2020

M^r Karim Mohamed

$$\begin{array}{r} 361,00 \\ 273,00 \times 2 / 907,00 \end{array}$$

- Géle ferge 160/long 1/2cp 1J
51,60 x 5 / 258,00
- Fandyferen long 1cp 1J
168,20
- Augmentin 1g 1sett x 2 1J
53,00
- Ueltoxene pnd 100pp x 3 j
74,60 x 2 / 149,20
- Um - effec. 0,25 mg 1gel x 2 j
20,00 x 7 / 140,00
- Sintive long 2 cp x 2 J
10,00

TOTAL 1675,96

Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Old HCP - Berrechid
Tél : 0673 66 17 45

Dr. Amale ELAMKANI
CARDIOLOGUE
Clinique Californie
545, Bd. Panoramique Californie
Tél : 0522 50 80 80 : Greenline

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Old HCP - Berrechid
Tél : 0673 66 17 45

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca

الفاكس : 0522 50 76 98 - الهاتف : 0522 52 55 55 - Fax : 0522 50 76 98

الموقع الإلكتروني : Site web : www.cliniquecalifornie.net E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
UN-ALFA® 0,25 µg capsule
Boîte de 30 capsules



6 118001 200757

PPV : 74 DH 60



6 118001 200757

PPV : 74 DH 60



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

322084



6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par **Cooper Pharma**
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

322084

LOT : M0486
EXP : AVR 2022
PPV : 53,00 DH



Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 مع أملوديبين/فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

10 mg/160 mg

 NOVARTIS

PPV : 273,00 DH

 NOVARTIS



Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 مع أملوديبين/فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Voie orale

28 قرصا مغلفا

عن طريق الفم

10 mg/160 mg

 NOVARTIS

PPV : 273,00 DH

 NOVARTIS

EXFORGE® 10 mg/160 mg

Amlodipine/Valsartan

إكسفورج 160/10 مغ
أملاوديبين / فالسارتان

28 comprimés pelliculés

Les médicaments doivent être tenus hors de portée des enfants.

Conserver dans l'emballage original à température ambiante (15-25°C) et à l'abri de l'humidité.

Veuillez consulter la notice d'emballage.

يحفظ بعيدا عن الأطفال

يحفظ في درجة حرارة معتدلة (15-25 درجة مئوية)

بعيدا عن الرطوبة

يجب قراءة النشرة قبل استعمال الدواء

Composition:

1 comprimé pelliculé contient:

Amlodipine 10 mg

Valsartan 160 mg

Excipients qsp un comprimé

يحتوي كل قرص مغلف على 10 ملг من أملاوديبين و 160 ملг من فالسارتان



611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

Exforge® 10 mg/160 mg

28 comprimés pelliculés

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة
لانحة | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2022
BMJ91

2623

EXP
LOT

buvable en sachet
poudre pour suspension

1g /125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g /125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

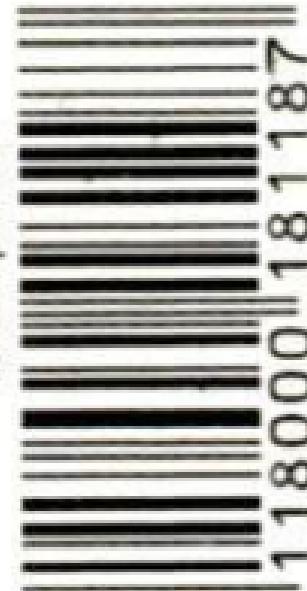
PPV : 168,20 DH
LOT : 623739
PER : 06/21



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

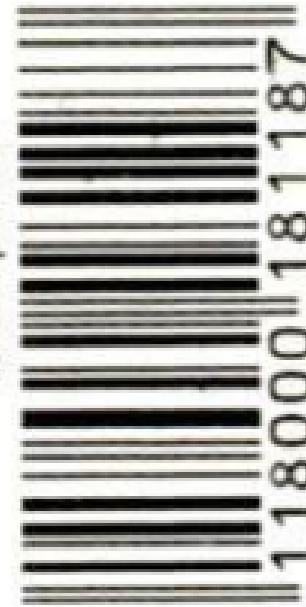
N° Lot :



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

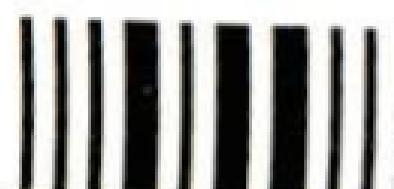
Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

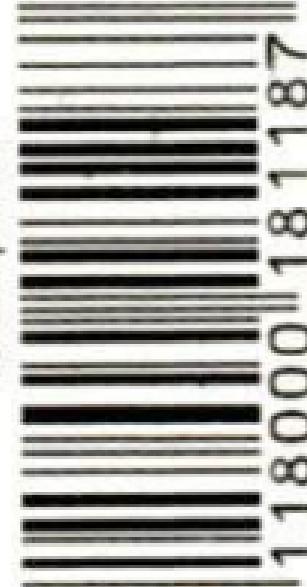
N° Lot :



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

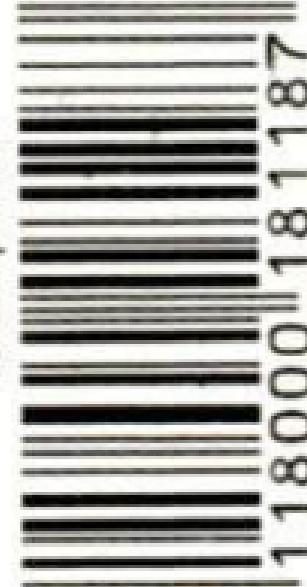
N° Lot :



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

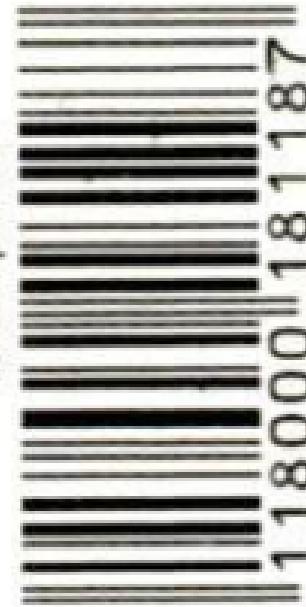
N° Lot :



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

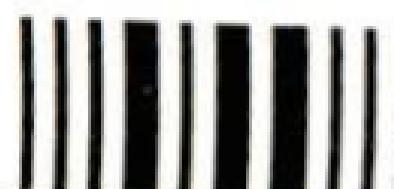
Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

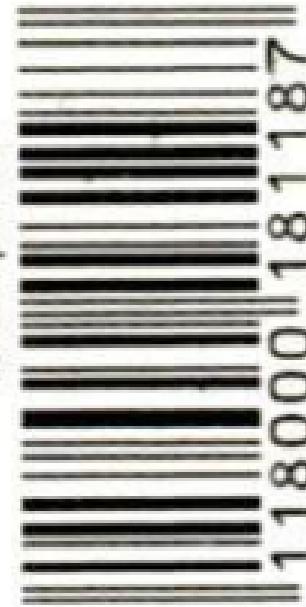
N° Lot :



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

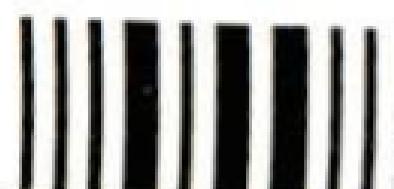
Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

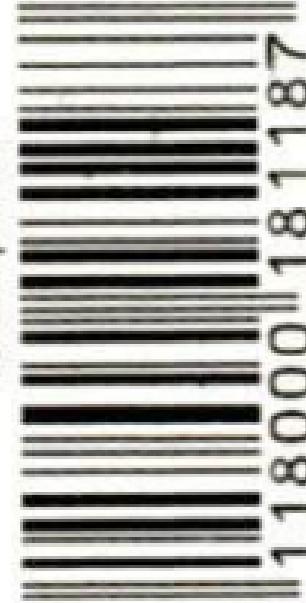
N° Lot :



عن طريق الفم

أقراص من فئة 4 مللغ
10

6 1 1 8 0 0 0 1 8 1 1 8 7



Sinstrom® 4 mg
Acétylcoquimadol 10 comprimés

سبتentrone 4
ملغ

Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRA

PPV :

20/00

Exp :

N° Lot :

