

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 056415

9450 MD 29712

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENCHERIFI WAHIB

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Résidence Ibn Rochd

Mans. Casablanca

Tél. 0661 18 11 27

Total des frais engagés : 1141,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/10/2020

Nom et prénom du malade : Bencherifi Wahib Age : 64 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA - DI - Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

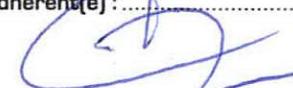
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 22/06/2020.

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
01/06/20				CG CHU IAN RICHARD Service de Cardiologie Dr. Zaidi Hafim Amine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
01/06/2020		Madame DIAHATIMA 1411,70 Rue Sadiq - Casablanca - Tel. 0525 22 09

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

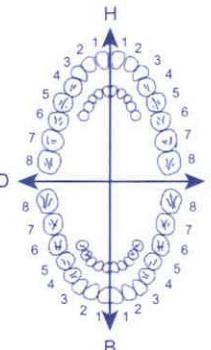
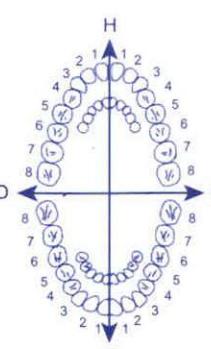
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[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



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : ٢٠١٧/١١/٥

ORDONNANCE

Délégué : Dr. bouchra mahl

$$(84,80 \times 3) = 254,40 \text{ S.D.}$$

$$1) \text{ Drageau } 50 \text{ g } 81,17 \text{ D.R. 3 m}$$

$$(162,60 \times 2) = 325,20 \text{ S.D.}$$

$$4) \text{ Drageau } 50 \text{ g } 81,17 \text{ D.R. 3 m}$$

$$(28 \times 6) = 168,00 \text{ S.D.}$$

$$3) \text{ Drageau } 50 \text{ g } 81,17 \text{ D.R. 3 m}$$

$$5) (30,70 \times 3) = 92,10 \text{ S.D.}$$

$$6) \text{ Kandy } 25 \text{ g } 81,17 \text{ D.R. 3 m}$$

$$7) (179,00 \times 2) = 358,00 \text{ S.D.}$$

~~CHU IBN ROCHD
Casablanca
Tél. : 0522 25 22 09
Fax : 0522 25 22 09~~

~~Madame BAIATI ETIMA
Présidente
Prise Sociale
Pratique
Médical~~

~~DR. ZAHID HAMMAMI
Service de Cardiologie
CHU IBN ROCHD
Casablanca~~

Madame BAIATI ETIMA
Présidente
Prise Sociale
Pratique
Médical
Maârif
0522 25 22 09

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT : 20E010
PER.:11 2021
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT : 20E010
PER.:07 2021
6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V :30DH70
LOT : 20E010
PER.:11 2021
6 118000 061847

CHI NAM HUNG
PHARMA CO., LTD.
HANOI, VIETNAM



عن طريق اللم

30 برتشامه مديدة التدبر

قينلافاكسين

L.P. قيلوكسور®

75 ملغم



LOT N° : 1909391
EXP : 09/2022
PPV : 179DH00

500789 c



عن طريق اللم

30 برتلامة مديدة التحرر

فيينا فاكسين

L.P. قيلوكسور®

75 مل.



LOT N° : 1909391
EXP : 09/2022
PPV : 179DH00

500789 c

NEBILET®

nebivolol 5 mg

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

Composition, indications et posologie:

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire: lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

91507A
02.2022
02.2019

Lot n°:
Du:
Per:

V127589/01
2311

'AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ

NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

R00742

NEBILET®

nebivolol 5 mg

NEBILET®

nebivolol 5 mg

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés

PPV 162DH60

Composition, indications et posologie:

Voir notice à l'intérieur.

A conserver entre 15 et 30°C.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Excipient à effet notoire: lactose.

A demander l'avis du médecin ou du pharmacien ou de consulter un médecin en cas de problème lié à l'utilisation du produit.

91507A
02.2022
02.2019

Lot n°:
Du:
Per:

V127589/01
2311

'AMM N° 318/18 DMP/21/NRQ

NE PAS DEPASSER LA DOSE PRESCRITE

Uniquement sur ordonnance médicale liste 1

R00742

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH



Merck Serono

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH



Merck Serono

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

LOT 200408
EXP 03/2023
PPV 28.00DH



Merck Serono

Glucophage® 1000 mg

Comprimé pelliculé

Metformine chlorhydrate

Voie orale

30 Comprimés pelliculés

PREZAR®

50 mg

Losartan

Comprimés
pelliculés
sécables

30

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

84,80

PPV 84UH80
TER 11/22
LUT 12586



PREZAR®

50 mg

Losartan

Comprimés
pelliculés
sécables

30

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

84,80

PPV 84UH80
TER 11/22
LUT 12586



PREZAR®

50 mg

Losartan

Comprimés
pelliculés
sécables
30

Voie orale

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

84,80

PPV 84UH80
TER 11/22
LUT 12586

