

## **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.

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° W19-585398

61463

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>                       | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)                                 |  |   |
| Matricule : M007 Société :                                    |  |   |
| <input type="checkbox"/> Actif                                | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)    | <input type="checkbox"/> Autre :        |
| Nom & Prénom : OBAD SABAEY MUPRAS                             |  |   |
| Date de naissance : 17-07-1977                                |  |   |
| Adresse :   |  |   |
| Tél. 05 22 68 29 23 Total des frais engagés : 1 MARS 2021 Dhs |  |   |

|   |                                   |                                   |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |                                   |
| Cachet du médecin :   |                                   |                                   |
| Dr. Nisrine Chahed M.D. Médecin Généraliste Tél: 05 22 33 13 01 29 58   |                                   |                                   |
| Date de consultation : 31/12/2020   |                                   |                                   |
| Nom et prénom du malade : SABAE RAYAN Age: 18 ans   |                                   |                                   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Nature de la maladie :  | Phobie.                           |                                   |
| 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 : 31/12/2020

| 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 |
| 10/10/2020                     | G.                |                       | 200 DH                          | INP : <input type="text"/> 15222                               |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |            |                       |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
| <br>PHARMACIE DE HASNE FAIT<br>271, Avenue de la Gare Hasne<br>59370 Hasne<br>Tél : 03 62 86 45 | 31/12/2022 | 496,00                |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|---|---|------------------|----------------------|----------------------------|---|----------|----------|----------|----------|---|---|---|--|----------|----------|----------|----------|----------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |   |                  |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |   |                  |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br><br>  | 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"/>       |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br><br>  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |                      | COEFFICIENT DES TRAVAUX    |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |                      | H                          | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | B |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> |
|   | H   | G                |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | 25533412  | 21433552         |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | 00000000  | 00000000         |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | D   | G                |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | B   |                  |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | 00000000  | 00000000         |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | 35533411  | 11433553         |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   | [Création, remont, adjonction]  |                  |                      | MONTANTS DES SOINS         |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |   |                  | <input type="text"/> |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   |   |                  | DATE DU DEVIS        |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   |   |                  | <input type="text"/> |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   |   |                  | DATE DE L'EXECUTION  |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
|   |   |                  | <input type="text"/> |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS  |   |                  |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION   |   |                  |                      |                            |   |          |          |          |          |   |   |   |  |          |          |          |          |                      |

Docteur Nisrine CHERAITI

MEDECIN GENERALISTE

الدكتورة نسرين الشرايطي

الطب العام

Spécialiste en Echographie Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine Rabat

اختصاصية في الفحص بالصدى العام

خريجة كلية الطب بالرباط



Témara, le : ..... مار، في .....

31/12/2010

Saouha

RAYAH

00,00  
105809  
2

- CALme tu

Dr. Nisrine CHERAITI  
Médecin généraliste  
Av. Tarik Ibn Zayad Imm. 1493  
GSM: 05 37 60 33 53  
Tél: 05 37 60 33 53  
El Elaga  
.....

Nis

Z gel li

losen Pd 1  
=

losen Pdt his

87/002

Reloxium 300

65/003

Z - Reflexoid satis

146/60

Epididymo scrotal 31/1

1AP losen 10

شارع طارق ابن زيد، عمارة 1493، الطابق الثاني - حي المغرب العربي، المسبحة 2 - قمارة

Av. Tarik Ibn Zayad, Imm. 1493 2ème étage - Cité Maghreb Al Arabi - Massira 2 - Témara

GSM : 06 12 01 23 56 - Téléphone : 05 37 60 33 53

الهاتف : 05 37 60 33 53 - المحمول : 06 12 01 23 56

.....  
31/12/2010  
SAOUHA  
RAYAH

EPIDUO GEL

Tube de 30 g

PPV: 146,60 DH

AMM N°02 / 14 DMP / 21 / NRQ

Distribué par SOTHEMA

B.P. N°1, 27182-Bouskoura

6 118001 071692

# Relaxium®

---

## B6

300 mg



*1 gélule par jour*

magnésium  
vitamine B<sub>6</sub>

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 200350  
DLUO: 10/2023  
87,00DH

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

Deva

146-147 Zi. Tl Mell - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J. OUAIDI Pharmacien Responsable

## **composition**

Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Hamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Latyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, -hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

## **instructions d'utilisation :**

Agiter avant utilisation.

Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans :

- 2 sticks après les repas et au coucher.

Enfants de moins de 12 ans : 0,5 - 1 stick après les repas et au coucher.

LOT

LOT 2019103

EXP 2023.07

PPC 65 DHS



## Avertissements :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Les compléments alimentaires ne doivent pas se substituer à un régime alimentaire équilibré et varié et à un mode de vie sain.
- Gardez le produit hors de la portée des enfants.
- Ne pas administrer aux femmes enceintes ou allaitantes, aux nourrissons ou aux jeunes enfants sans la surveillance d'un médecin.
- Conservez le produit dans un endroit frais et sec.

Importé par IBERMA.

Zone industrielle, lot 149 Had Soualem (Maroc)

Certificat d'Enregistrement: N° DA20191810327DMP/20UCA/MAw3



Fabriqué par VIRENS, S.L.

Industria 48-B - Pol.Ind.nord - Est. Barcelone (Espagne)



VITAE NATURAL NUTRITION, S.L.

C/ Verneda del Congost, 5  
Poligon Industrial El Circuit  
08160 Montmeló - Barcelona

Attention au client:

info@vitaeinternational.com  
www.vitaeinternational.com

**Mode d'emploi:** Prenez une gélule 3 fois par jour, 30 minutes avant le repas avec un verre d'eau.

**Ingrédients:** Cellulose microcristalline (agent gonflant), phosphate de calcium (anti-agglomérant), extrait sec de Pavot de Californie (*Eschscholzia californica*), extrait sec de Valériane (*Valeriana officinalis*), extrait sec de la Passiflore (*Passiflora incarnata*), stéarate de magnésium (lubrifiant).

Gélule : Hypromellose.

Lot :

Consommer de préférence avant la fin de :

PPC : 99.00 DH



## Avertissements :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Les compléments alimentaires ne doivent pas se substituer à un régime alimentaire équilibré et varié et à un mode de vie sain.
- Gardez le produit hors de la portée des enfants.
- Ne pas administrer aux femmes enceintes ou allaitantes, aux nourrissons ou aux jeunes enfants sans la surveillance d'un médecin.
- Conservez le produit dans un endroit frais et sec.

Importé par IBERMA.

Zone industrielle, lot 149 Had Soualem (Maroc)

Certificat d'Enregistrement: N° DA20191810327DMP/20UCA/MAw3



Fabriqué par VIRENS, S.L.

Industria 48-B - Pol.Ind.nord - Est. Barcelone (Espagne)



VITAE NATURAL NUTRITION, S.L.

C/ Verneda del Congost, 5  
Poligon Industrial El Circuit  
08160 Montmeló - Barcelona

Attention au client:

info@vitaeinternational.com  
www.vitaeinternational.com

**Mode d'emploi:** Prenez une gélule 3 fois par jour, 30 minutes avant le repas avec un verre d'eau.

**Ingrédients:** Cellulose microcristalline (agent gonflant), phosphate de calcium (anti-agglomérant), extrait sec de Pavot de Californie (*Eschscholzia californica*), extrait sec de Valériane (*Valeriana officinalis*), extrait sec de la Passiflore (*Passiflora incarnata*), stéarate de magnésium (lubrifiant).

Gélule : Hypromellose.

Lot :

Consommer de préférence avant la fin de :

PPC : 99.00 DH



ID: 50

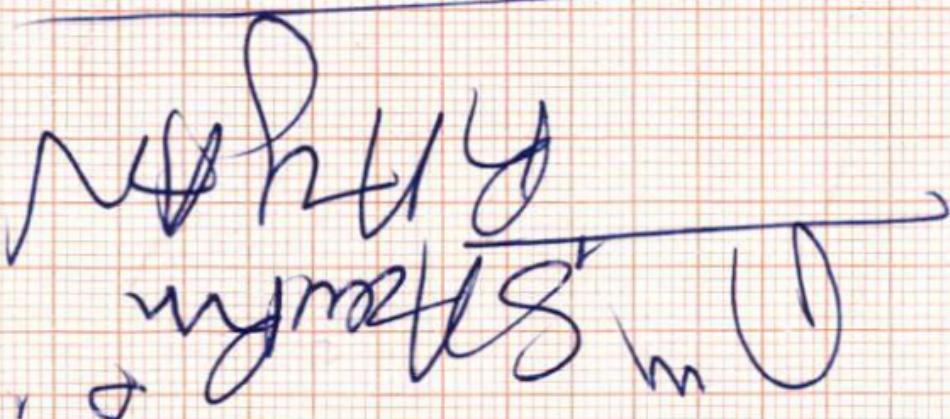
Homme  
35Année  
kg

/ mmHg

\*\*\* ECG Normal \*\*\*

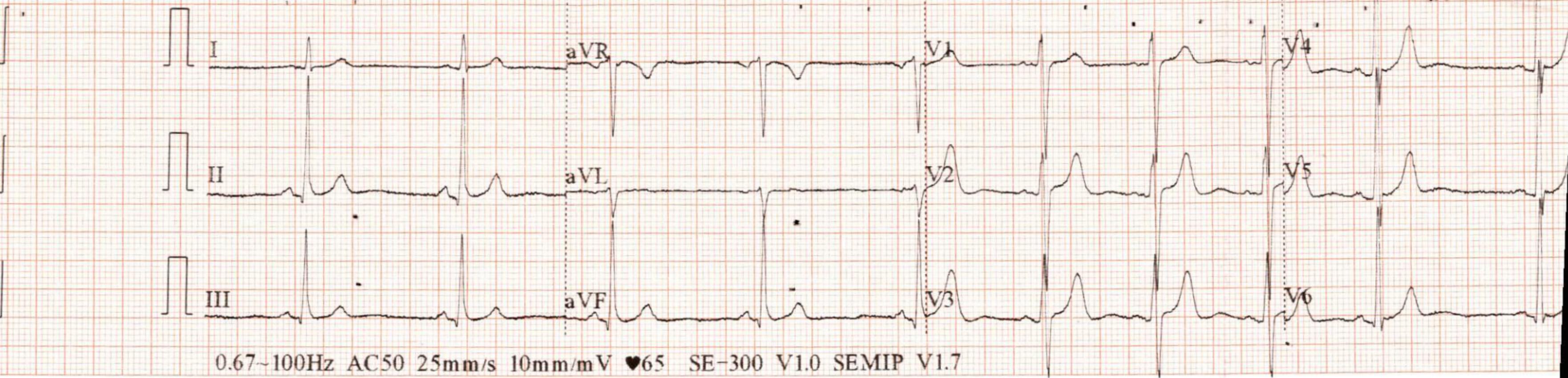
Arrythmie de sinus

Information Analyse:



RVS/SVI : 2.353/1.978 mV Rapport confirmé par:  
P/QRS/T : 72/77/61 °  
QT/QTc : 370/378 ms  
QRS : 90 ms  
PR : 140 ms  
P : 101 ms  
EC : 62 bpm

ID: 50 31-12-2020 18:11:17



0.67~100Hz AC50 25mm/s 10mm/mV ♥65 SE-300 V1.0 SEMIP V1.7