

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.

Biologie 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.

Education :

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

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

63 kg SN

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007882

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AP336 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAOUN-Youssef Date de naissance : 15/2/55

Adresse : APT 19 Aptnt ATLAS 70000 ESSAOUIRA

Tél. : 0661 238350 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Docteur AMARA Bonaeme
Médecine générale
532 Av. Moulay Idris I-Essaoira
Tel/Fax: 05 24 47 38 72

10 MARS 2021

ACCUEIL

Date de consultation : 27/01/2021

Nom et prénom du malade : NAOUANE Vanesra Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Neurologique

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : AP336

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0007882

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-------------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE LAZARUS ADOLPHE</i> <i>-16</i> | <i>27.07.2011</i> | <i>121,20</i> |

072081516

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

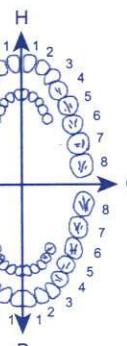
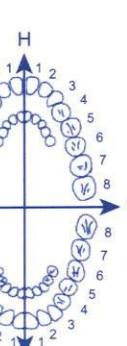
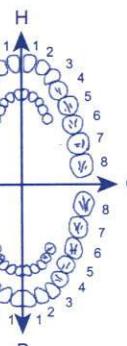
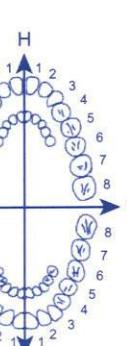
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

| 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

Docteur AMARA Boualem
Médecine générale
532 Avenue Moulay IDRIS I
Essaouira
Tél / Fax 05 24 47 38 72

الدكتور عمارة بوعلام
الطب العام
532 شارع مولاي إدريس 1
الهاتف / الفاكس : 05 24 47 38 72

*Dr. ZIENASSA
Société Marocaine de
l'Homme et la Famille*
63,90

Essaouira le 27/11/21

NAOUNE Vanessa.
ORDONNANCE

Bi profénist 1.
LCP 1/1

Codoliprane 1.
LCP 3 + 1.
35,10

Bécidouf

LCP 2

7 7

Docteur AMARA Boualem
Médecine générale
532 Avenue Moulay IDRIS I Essaouira
Tél / fax 05 24 47 38 72

6 118000 061908



Bi-profenid LP 100 mg
20 Comprimés sécables



A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.
A conserver à une température inférieure ou égale à 30°C.

Utiliser jusqu'à 3 mois de l'âge de l'enfant.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU C
C - Utiliser jusqu'à 3 mois de l'âge de l'enfant.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Bi-Profenid LP 100 mg

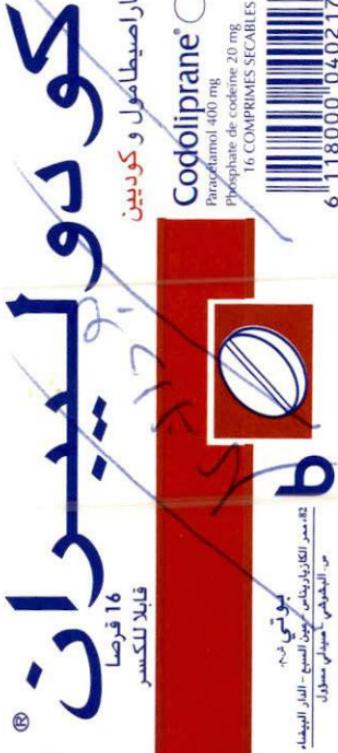
63,90



Mode et voie d'administration : Voie orale.
Avaler les comprimés avec un grand verre d'eau.

Mises en garde spéciales : Réserve à l'adulte.
Lire attentivement la notice.

NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS.
AMM N° 177 DMP/21/NRQ



باراصيفامول و كوديبين

Codoliprane®

Paracetamol 400 mg

Phosphate de codéine 20 mg

16 COMPRIMES SECABLES



6 118000 040217

COMPOSITION

Paracétamol

Phosphate de codéine hémihydraté (correspondant à codéine base 15,62 mg)

20 mg

INDICATIONS

Douleurs d'intensité modérée à intense, qui ne sont pas soulagées par l'aspirine ou le paracétamol utilisé seul.

pour un comprimé
..... 400 mg
..... 20 mg

..... 15,62 mg (codéine base)

..... 20 mg

Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE



P P V 22 D H 20
P E R 0 9 / 2 2
L O T J 2 4 6 1

22,20

bottu s.a.
B2, Avenue des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

16 COMPRIMES
SECABLES

®

JG

فيتامين ب 1
فيتامين ب 6
فيتامين ب 12

20 قرص

بار.برونان



BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2023
LOT 06008 5

FORMULE:

Thiamine mononitrate (vit. B1) 0,250 g
Pyridoxine chlorhydrate (vit. B6) 0,250 g
Cyanocobalamine (vit. B12) 1,8 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé dragéifié

الجرعات:
2 إلى 3 أقراص في اليوم تباع بدون مضغ في وسط الوجبات
croquer au milieu des repas.

POSOLOGIE: