

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.

Prothèse :

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
mise 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.

S : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741

Société : R.A.M 7496

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAAFAR SI ELHASSANE

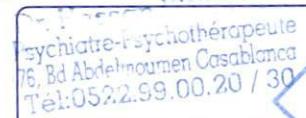
Date de naissance : 26-11-67

Adresse : N°4 Rue N°4 AL QODS 3 LISSASFA

Tél. : 0667456997 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/04/2021

Nom et prénom du malade : Sbane Maymouna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Syndrome Dépressif

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/04/2021



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
6.01.81	C3		400-	 Dr. Chayat Psychiatre-Psychothérapeute 76, Bd Abdelkoumen Casablanca Tél: 0522.99.00.20 / 30

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L A-U 140 Lot Sidi El Azaïz Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	06/04/2021	310,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

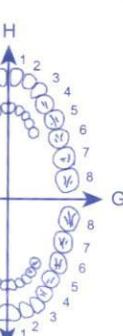
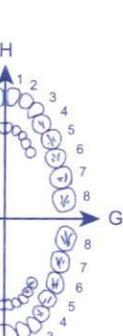
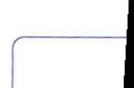
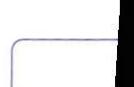
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

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															
		<table border="1" 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 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> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
																			
																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

عيادة للطب النفسي والعلاجات النفسية

Cabinet de Psychiatrie et de Psychothérapie

Dr. Hassan Ibnouali

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Ex. Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris
Ex. Chef de Clinique en Suisse

الدكتور حسن ابن علي

خريج كلية الطب بباريس
مساعد أخصائي سابق في مستشفيات باريس
رئيس مصلحة سابق بسويسرا

Difficultés neuro-psychologiques et sexuelles
Hypnose Ericksonienne
Programmation Neuro-Linguistique
Thérapie Cognitivo-Comportementale

الصعوبات النفسية والعصبية والجنسية
التنويم الإريكسوني
البرمجة العصبية - اللسانية
العلاج المعرفي - السلوكي

Praticien E.M.D.R Europe

Casablanca, le 6.4.2021

Signature

NB: 3

- . Esciplex : 1cp matin ~~32€~~
- . Alprazolam : 1/2 g matin ~~32€~~
- 1g le soir ~~32€~~
- . Zolpro 25 : 1cp le soir ~~32€~~
- 1g Zolpro le soir ~~32€~~

PHARMACIE SARAN
SAK-A-U
Lot Smirajda Lissasfa
Casablanca
Tél.: 05 22 65 20 07

Dr Hassan Ibnouali
Psychiatre-Psychothérapeute
76 Bd Abdelloumen Casablanca
Tél.: 05 22 99 00 20 / 30

Durée du traitement

PHARMACIE SARAN
SAK-A-U
Lot Smirajda Lissasfa
Casablanca
Tél.: 05 22 65 20 07

1 an

مدة العلاج :

سوسيما
Sotöhema

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale



Alpraz[®] Alprazolam



LÖT
EXP
PPV

2028541
11 2023
35.70

35,70

<input type="checkbox"/>				
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
42	☆	☀	C	G

Esciplex®

Escitalopram

10 mg

28 comprimés pelliculés
sécables
voie orale



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVANT APRÈS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



120 219 1
EXP 01 2023

128 PCD

126.00

سوطيمها
othema



Sifrol®
comprimés à libération prolongée
pramipexole
30 comprimés à libération prolongée

0,26 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 0,375 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 0,26 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/014

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 0,375 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحدادي الماء، أي ما يوازن 0,26 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بضمنها قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/014

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية

Liste I - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين
لا تسمعوا بدون استشارة مختص في الصيدلة/مسنون

Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

6 118001 040575

SIFROL 0,26 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 148 DH 50

20-02-2006

Boehringer Ingelheim
International GmbH
D-55216 Ingelheim am Rhein
Allemagne