

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Médecine 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.

Thérapie et 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.

Prothèse et Traitement canalaire :

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

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

78974

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0624 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HABIBI Mouna

Date de naissance : 1944

Adresse : 21 Rue ENDAKHLA - CASA

Tél. : 0661061830 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2011 Nom et prénom du malade : HABIBI Mouna Age : 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07/07/21 | Y3 | | 300 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 07/07/21 | 668.100 |

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

| 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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 | G | 00000000 |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr.Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

**Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire
Maladie Sexuellement Transmissibles**

**Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle
Lithotriptie extra-corporelle**

**Membre de l'Association Française d'Urologie
Diplômé de l'université de Nice
Sophia-Antipolis (France)**



الدكتور خالد توابي

**اختصاصي في أمراض الكلى
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى**

عضو الجمعية الفرنسية

**لأمراض الكلية والمسالك البولية
خريج كلية الطب بنينس (فرنسا)**

Casablanca, le 07/07/2021

D. HABETI جهاد.

.....

1) 80x2x~~4~~ S.V. 10x21 10jou

10jou

2) 97.90x2x~~4~~ OFIREN OP 10x21 8jou

8jou

193.10x~~10~~ CONHPIO 10x10x2 8mou

8mou

668,20

.....

11، زقة الأمير مولاي عبد الله (فرق ييف روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Roche) - Casablanca

Tél : 05 22 27 22 41 / 05 22 27 19 30 الهاتف E-mail : urotk@yahoo.fr البريد الإلكتروني :



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



CODE No: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NP

02
ATFAH

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.
Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
احترم الجرعة المحددة

Tableau A (Liste I)



كونتيفلو D®

كلورهيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mgBoîte de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale60 كبسولة
 ذات تحرير متعدّد
 عن طريق الفم

0.4 ملغم



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

GTIN: 18901296110192
Lot: DFB0544B
EXP.: 11/2022
S.N.: BK017045365367

**Composition :**

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) 0.4 mg.
Excipients q.s.p. une gélule.

Excipient à effet notable : jaune orangé S (E110), rouge cochenille A (E124), azorubine (E122).
Indications, contre-indications, posologie et précautions d'emploi: Lire la notice à l'intérieur.

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

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

التركيبة :

كلورهيدرات تامسولوزين (ث. د. م) 0.4 ملغم.

الأدوية كافية لكل كبسولة.

الأنسوغة ذات تأثير معروف: ياصفر برتقالي من (E110).

(E122) أحمر قرمزي A (E124). أزوروين (E122).

الإرشادات العلاجية، مواقع الاستعمال، الجرعة

وتحذيات الاستعمال: يقرأ النشرة بالداخل.

يحظى بعيداً عن متناول و مراعي الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.

5127691

01/2016-D

CONTIFLO® D

CONTIFLO® D

Chlorhydrate de Tamsulosine



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

60 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg

0.4 mg
60 Gélules
à libération
prolongée
Voie orale



Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169 avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.
Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDIA.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
شـرـقـةـ الـحـرـقـاتـ المـنـصـوـتـةـ

Tableau A (Liste I)

كونتيفلود®
CONTIFLO®

كlor هيدرات تامسولوزين



ذات تأثير مدته
عن طريق الماء
مبلغ 0.4
مليغ 30
كميسنة

التربيطة :
كlor هيدرات تامسولوزين (C.I.....) 0.4 mg.
(E110)
Excipients q.s.p une gélule.
Excipient à effet notoire : jaune orange S (E110),
rouge cochenille A (E124), azoquine (E122).
Indications, contre-indications, posologie et précautions
d'emploi: Lire la notice à l'intérieur.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

01/2016-D

CONTIFLO®
OD



30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

Ofiken®

Céfixime

200 mg



8

Comprimés pelliculés
Voie orale



LOT 203084

EXP 12 22

P.P.V : 97.90 DH

LABORATOIRES SOTHEMA



Ofiken®

Céfixime

200 mg



8

Comprimés pelliculés
Voie orale



LOT 203084

EXP 12 22

P.P.V : 97.90 DH

LABORATOIRES SOTHEMA



٥٠٠ سبسين®

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

74,80

IBERMA

بيج احرام الحرمات الموصوفة

٥٠٠ سبسين®

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

74,80

IBERMA

بيج احرام الحرمات الموصوفة