

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Éducation :

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.

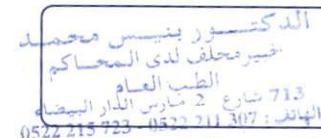
Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

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

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.



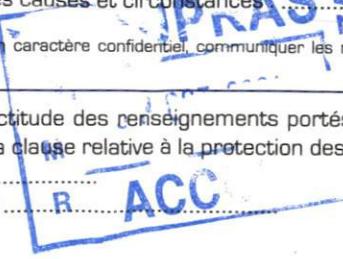
et H. QUADRY A.HZ

Helicobacter-pylori positive

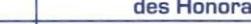
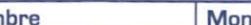
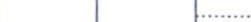
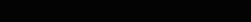
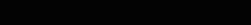
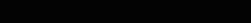
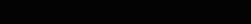
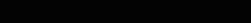
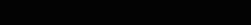
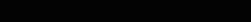
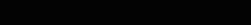
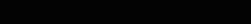
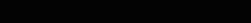
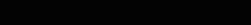
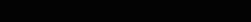
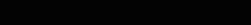
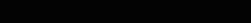
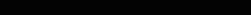
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.

John



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		
12/09/2015	Q	-	G	                                                                 	12.07.2021	1166€

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
		AM	PC	IM	IV	

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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M'hamed BENNIS

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert assermenté près les Tribunaux
Ex - Médecin Militaire

Sur Rendez - vous



الدكتور محمد بنيس

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب محلف لدى المحاكم
طبيب عسكري سابقا

الزيارة بالموعد

Casablanca, le **12/07/2021** الدار البيضاء في

Madame CHOUKRY EP QUADRY KHADJIA

1/ OMIZ 20 MG BTE 28

1 gélule après le repas matin et soir

2/ CLAMOXYL 1g Cps bte 24

1 cp après le repas matin et soir

3/ CLARIL 500 CP

1 cp après le repas matin et soir

4/ FLAGYL 500mg Cps

1 cp après le repas matin et soir pdt 10 jours

5/ NO DEP 50 CP x 2

1 cp le matin

6/ TRANXENE 5mg gél bte 30 x 2

1 cp matin et soir

S.V

الدكتور محمد بنيس
طبيب عسكري سابقا
شارع 2 مارس
الناظور
الهاتف: 0522 215 723 - 0522 211 307

Cipla Maroc

NO-DEP® 50m

Sertraline

6 11 8000 050889



30 CPS PELLICULÉS SÉCABLES

NO-DEP® 50mg

سِرْتَرَالَيْن

لِـ ٣٠

جِنْسِيَّة

٥٠ دُوَرٌ

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc

BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc

Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص : سيليا المغرب

عن ب. 4491 - 11850 - عن العروبة - المغرب

يصنع من طرف : معهد الصيدلة

Composition

Sertraline Chlorhydrate (DCI) 50mg مع 50 ملليلتر
كلوريدات السيرتالين 1 قرص
Excipients q.s.p 1 comprimé مسويفات كل.د.ل.

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
يجب احترام المقادير المحددة

SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE I

NO-DEP® 50mg

Sertraline

**30 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT : 317
PER : JAN 2023
PPV : 126 DH 80

NO-DEP® 50m

Sertraline

6118000050889



30 cps pellicules sécables

Titulaire de l'AMM : Cipla Maroc
BP 4491, 11850 - Ain Aouda - Maroc
Fabriqué par : Pharmaceutical Institute

صاحب الترخيص: سهلا المغرب
من ب. 4491 - 11850 عن ب.
بenton عن ب.
بenton عن ب.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام المقادير المحددة
SUR ORDONNANCE MÉDICALE LISTE

Composition

كloridrيلات السيرترالين 50 مغ 50 mg
مسوغات نك ل.د.ل 1 قرص 1 comprimé q.s.p

NO-DEP® 50mg

30 Comprimés pelliculés sécables

LOT: 317
PER: JAN 2023
PPV: 126 DH 80

Tranxène 5 mg

30 gélules

6
1180000011743



Usage 12 g/jour 3 à 5/jour
à 12 semaines
Durée de prescription limitée
Uniquement sur ordonnance - Liste I
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

18,40

10 4 A 4
LOT 202 007
P.R. 13 03



Tranxène® 5 mg

Clorazépate d'potassique

Voie orale



30 gélules

SANOFI

Tranxène 5 mg

30 gélules

6
1180000011743



Usage 12 g/jour 3 à 5/jour
à 12 semaines
Durée de prescription limitée
Uniquement sur ordonnance - Liste I
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

18,40

10 01 4 A 4
LOT 202 007
P.R. 13 03 03



Tranxène® 5 mg

Clorazépate d'potassique

Voie orale



30 gélules

SANOFI

Tranxène 5 mg

30 gélules

6
1180000011743



Usage à 12 semaines
à 12 semaines
Durée de prescription limitée
Uniquement sur ordonnance - Liste I
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS

18,40

10 01 42
LOT 202 007
P.R. 13 03



Tranxène® 5 mg

Clorazépate d'potassique

Voie orale



30 gélules

SANOFI

14

Comprimés

Voie orale

G

GALENICA

CLARIL

Boîte de 14 Co

Lot N° / Date Per. :

75x60x20

ECLBZ1V1F

Composition :

Clarithromycine

Excipient(s) :

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/INCF

مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب

G

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV : 160.00 DH

6 118000191001

Flagyl® 500 mg

Métronidazole

Voie orale

20 comprimés pelliculés

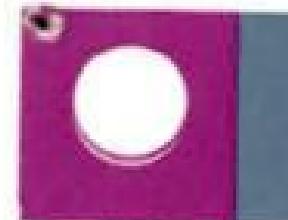
LOT : 20E044

PER : 11 2025

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80



6 118000 069962



FI