

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.

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.

Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058432

99328

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Résidence Ibnou Khatir Rue sarate

Marrakech

Tél. : 061 18 11 24

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/12/2022

Nom et prénom du malade : BENCHEIKH EL ATMANI

Age : WAHIB

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Syndrome coronarien

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

Le : 31/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-058432

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 :

RELEVÉ 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
31/12/2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/2021	35,70

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H		H															
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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'EXEC



Cardiologie Val d'Anfa

URGENCES
24/24
05 22 36 09 09

Dr Najib GARTI
Cardiologue - Rythmologue
Pace Maker
Défibrillateurs
Cryoablation de la Fibrillation
auriculaire

Traitement des troubles du rythme
par Radiofréquence
Echocardiographie Doppler Couleur
Epreuve d'effort
Holter tensionnel et rythmique
Diplômé de la faculté de médecine
de limoges (France)

Sur Rendez - Vous
Gsm : 0661 24 30 06

19, Bd. Franklin Roosevelt - Anfa - Casablanca
Tél: 05 22 36 09 09 - GSM: 06 61 24 30 06
Dr. Najib GARTI
CARDIOLOGUE RYTHMOLOGUE

Casablanca, le

30 / 12 / 2022

Mr (Mme)

M. BENCHEIKH EL ATMAN

Né le 10/01/1978

1 m 70

- Berlique 90 : 1 cp tous les 2h
- Kardég 75 : 1 cp
- SOTAP 10 : 1 cp
- Alprazolam 0.5 : 1/2 cp
- Coveryl 5 : 1 cp
- Sumatriptan 40 : 1/2 cp

Madame BARTAL FATHI
Pharmacie Achraf
Rue Sidi - Maârif
Casablanca - Tél: 0522 25 22 09

N. 104562
30/12/22

Alprazolam

0,5 mg

28 Comprimés sécables
Voie orale

$\frac{1}{2}$ pilule $\frac{1}{2}$ fois

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

سوطينما
sothema

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول ومركز الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يجب احترام الكميات الموصوفة
Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يجوز منح وصفة طبية - أجنحة (الاستخدام)
Duree de prescription limitée à 12 semaines
وصفة طبية محدودة إلى 12 أسبوعا



Fabriqué par
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence des Laboratoires

MB

Alprazolam 0,5 mg
28 comprimés sécables



0,5 ملغ

28 قرصا قابلا للإنكسار
عن طريق الفم



سوطينما
sothema

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 المدة صباح النهار

COMPOSITION :

Alprazolam 0,5 mg

Excipients :

..... q.s.p. 1 comprimé

EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose.

EN GARDE SPECIALLY D'ADMINISTRATION ET MISES

Lire attentivement la notice avant utilisation.

VOIE ORALE

CONDITIONS DE CONSERVATION :

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

التعليق:
البرازولام 0,5 ملغ

مواد الحشو : كمية كافية لتبريد واحد

ملاحظة: دواء تأخير معروف لاكتوز

الكمية، طريقة الاستعمال، والتدابير الخاصة:

اقرأ النشرة الدوائية بدقة قبل الاستعمال.

عن طريق الفم

شروط الحفظ:

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25°م.