

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.

Maladie chronique :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060085

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1387 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Hane Ksiri NASSI Ep TAHRI
Date de naissance : 15.07.51
Adresse : 83, Rue Moussa Bou Nasser
Tél. : 0661623101 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 3/11/2022
Nom et prénom du malade : TAHRI NASSI
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dentaire
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 20/11/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3/11/2022 | C | | C.K | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|--|
| | 3/11/22 | <p>PHARMACIE AIDA</p> <p>Mme. BENTHA BENZAHOUR Hayat</p> <p>195 Bd. Zerktouni - Casablanca</p> <p>Tél : 05 22 28 32 53 Fax : 05 22 29 36 61</p> <p>ICE : 54606000050</p> |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

| 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MECHALE IMANE

Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
(Foie , estomac , Vésicule biliaire , intestins)
(Proctologie (Fissure , fistule , hémorroïdes
Echographie abdominal - Fibroscopie - Coloscopie



الدكتورة مشعال إيمان

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضم
الكبد , المعدة , المرارة , الأمعاء
أمراض المخرج البوسير , الدم
الفحص بالصدى و التنظير الداخلي للمعدة و المعى الغليظ

Casablanca le 3/1/2022 الدار البيضاء

TAHRI NAFIA

Corbous 4

180,00 X2

4 Fluxat 20 - 4

59,00

31 Iposu 30 - 4

209,00

41 Vitodigest 40 - 4

1 شارع محمد البقالي تجزئة جوهرة جزء D الطابق الثاني، رقم 9 سيدي مومن - الدار البيضاء

1 Boulevard . Mohamed bekkali, Lot. JAWHARA, 2ème étage N°9 (au dessus de BIM) - Sidi Moumen - Casablanca

الهاتف : 05 22 70 71 12 البريد الإلكتروني : drmechale@gmail.com



CARBOSORB[®]

Charbon végétal activé, chondrus et huiles essentielles de fenouil

Lot:

210049

À consommer de
préférence avant le:

02/2026

PPC: 79,50 DH

**Favorise l'élimination
des gaz intestinaux**

30 comprimés
voie orale

Vitadigest[®]

enzymes

30 gélules



VITAE NATURAL NUTRITION, S.L.

C/ Venereda del Congost, 5

Polígon Industrial El Circut

08160 Montornès - Barcelona (Spain)

Fabriquè aux Etats-Unis

Attention aux clients:

info@vitaeinternational.com

www.vitaeinternational.com

Avertissements :

- Vitadigest[®] enzymes est réservé à l'adulte et à l'enfant à partir de 12 ans.
- Maintenir le produit hors de la portée des enfants.
- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée.
- Les compléments alimentaires ne doivent pas se substituer à un régime alimentaire équilibré et varié et un mode de vie sain.
- Avant toute consommation, consultez votre médecin ou votre professionnel de santé en cas de grossesse, si vous prenez des médicaments ou si vous souffrez d'une maladie.
- Conserver le produit dans un endroit frais et sec.
- Ne nécessite pas de réfrigération.

Mode d'emploi: Prenez une gélule deux fois par jour au moment du repas, avec un grand verre d'eau.

Ingédients: Lactobacillus gasseri KS-13, Bifidobacterium bifidum G9-1, Bifidobacterium longum MM-2, complexe enzymatique: protéase, lipase, lactase, amylase. Excipients: Amidon, silicon dioxide. Gélule: gélatine.



Importé par IBERMA.

Zone Industrielle, lot 149, Huel Soualem (Maurice)

Certificat d'enregistrement N° : DA-2019190754-02M07200CA

Fabriquè par WAKUNAGA of America Co., Ltd 23501

Marshallstown Vepo CA 92091 USA

Lot:

Consommer de préférence avant la fin de: (voir base)

PPC: 209 DH



8 436029 459956

Fluoxet[®]

Fluoxétine

20 mg

30 Gélules
Voie orale



LOT 211527
EXP 06 2024
PPV 180.00

180,00

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

IPOSEC®

Lansoprazole

30 mg

15 Gélules

Gastro-résistantes

Voie orale

LOT 203890

EXP 07/22

PPV 59DH00



أفريك-فار
AFRIC-PHAR

IPOSEC® 30 mg

15 Gélules

Gastro-résistantes



500679b



Fluoxet® 20 mg
30 gélules

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| المدة | صباح | منتصف | مساء | قبل | بعد |
| 4/2 | نور | شمس | قمر | قمر | قمر |

20 ملغ

30 كبسولة
عن طريق الفم



فاليوكست
فاليوكستين

Fluoxet® 20 mg
Fluoxétine
30 Gélules

فاليوكست® 20 ملغ
فاليوكستين
30 كبسولة

