

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.

Radiologie 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.

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.

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.

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° W21-681238

(10/21/23)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 3288		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ZAHIDY Ahmed		
Date de naissance : 01-01-1953		
Adresse :		
Tél. : 06619258027 Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autres

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> الدكتور لحلو أمين مككي Dr. LAHLOU Amine Mekki 30, Bd. Anoual - Casablanca Tél.: 022.86.11.22 </div>		
Date de consultation :	05/12/2021	Age :
Nom et prénom du malade :	Ahmed ZAHIDY	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	HTA	
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) :

(Signature)

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
15/12/21	C	1	200,-	INP : 03419893555555 Dr. LAHOU Amine Mekkaoui 30, Bd. Aoual - Casablanca Tél.: 022.86.11.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092025014 HARMONIE	05/12/21	232,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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'ODDF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lahlou A. Mekki

Diplômé de Diabétologie

Diplômé de Diététique et Nutrition

Certificat de médecine micro-nutritionnelle fonctionnelle

Médecin hypnothérapeute

Médecin Expert Assermeté

Membre du Collège National des médecins nutritionnistes

Membre fondateur et Président du collège des hypnothérapeutes du Maroc

الدكتور لحلو أمين مكي

شهادة جامعية في الأمراض السكرية

شهادة جامعية في طب الحمية والتغذية

شهادة في علم التغذية الدقيقة الوظيفية

طبيب معالج بالتنويم المغناطيسي

طبيب خبير محلف

عضو في الكلية الوطنية لأطباء الحمية والتغذية

عضو مؤسس ورئيس كلية المعالجين بالتنويم المغناطيسي في المغرب

Casablanca le 05/12/2021 الدار البيضاء

97- Ahmed Zaiti

أدوية

1/ Mifitol 15 mg



3x1000 1 g le soir

x 01 Sem



2/ Duoxol 2/50 ou Substol

1g - Asti
soir

x 01 Sem



HARMONIE
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tel: 022.91.00.23

Flaxam 500 (b/24)
2 g x 2/8

HARMONIE EL LOTTE
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tel: 022.91.00.23

الدكتور لحلو أمين مكي
Dr. LALLOU Amine Mekki
30, Bd. Anoual - Casablanca
Tél: 022.86.11.22

A photograph of a Dulastan 500mg/2mg 20 tablets box. The box is white with blue text. It features the brand name 'DULASTAN' in large, bold, blue capital letters at the top. Below it, '500mg/2mg' and 'Boîte de 20 comprimés' are written. A blue barcode is positioned below the text. In the top right corner of the box, there is a circular logo containing a stylized 'X' or 'O'. At the bottom of the box, the numbers '118000 360063' are printed.

1

دولاستان

باراسيطامول / ثيووكولشيكوزيد
مع 500 مغ / 2



عن طريق الفم

علبة من 20 قرصاً

RIM pharma

١٥ ملخ

عن طريق الغم

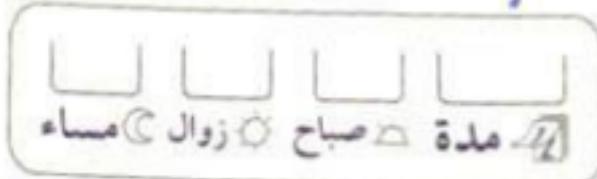


مِنْهَا

پارکینسون

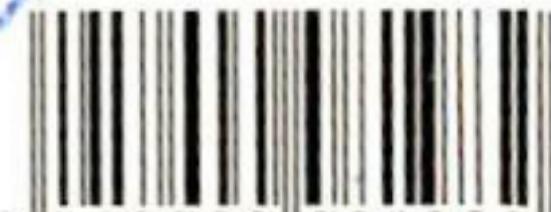
قرصاً قابلاً للكسر

20 x 



MEFSAL® 15 mg

✓ 20 comprimés sécables



6118000 081982



COOPER
PHARMA

FLOXAM®

24 gélules 500 mg



6 118000 031420

التركيب :

فلوكوكساسيلين 500 ملجم
(على شكل مونوهيدرات الصوديوم)
السواغات : كمية كافية ل كبسولة واحدة

تحتوي هذه العلبة على 12 غ من الفلوكوكساسيلين

الساق المعروف بتأثيره الصوديوم
انظر النشرة لمزيد من المعلومات

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

دوعي الاستعمال - موانع الاستعمال : انظر النشرة.

الجرعات : حسب ارشادات الطبيب

طريقة و كيفية الاستعمال :
اقرأ النشرة قبل الاستعمال



Laprophan
لابروفان

مختبر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا
21، زنقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC