

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 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

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° W21-683434

✓ N° 6267

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 7288 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELHAID MOUNJI

Date de naissance :

3.6.1967

Adresse :

RES LIAS PARK NR 26 LERHEDALA
SOUALEM BERRECHID

Tél. :

0661172534

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31.1.22

Nom et prénom du malade :

YAHYA MOUNJI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

CASA

Le : 31.1.22

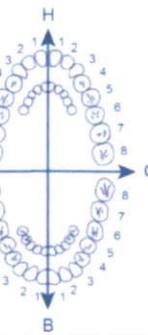
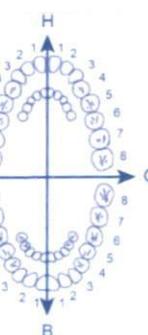
Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
N° 001025 NAMRAY AIA CHOKE CASABLANCA	31/01/2022	351,80
N° 22 50 65 10/05 22 21 02 18 PHARMACIE GATAN TANAS VICTORIA Bouskoura	31/01/2022	200,00

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.																					
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of teeth treated)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANTS DES SOINS																	
				DEBUT D'EXECUTION																	
				FIN D'EXECUTION																	
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
					H	25533412	21433552														
					D	00000000	00000000														
					B	35533411	11433553														
					G																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																					
MONTANTS DES SOINS																					
DATE DU DEVIS																					
DATE DE L'EXECUTION																					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																					

Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires
Greffes Rénale
Lithotripsie Extra Corporelle
Stérilité Masculine
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier
Ancien Chef de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقًا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 31 Janv 2007 الدار البيضاء في :

N° El HADJ M'hamed

41,70

fructe 1 suff 21

M'hamed

27,50

Shampoo : 1 C 28

AS

14,00

Doliprane : 1 C 2

AS

21,00

Racine 40 : 1 C

AS

53,60

Cmiflos : 1 C 21

AS

T 351,80

AS

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

PHARMACIE CHAM CHEIKH SARL
N°500 LOTS HAMRA 2 AVN QODS
AIN CEDER - CASABLANCA
TEL: 05 22 50 65 10 / 06 22 21 02 18

24. زنقة العلوسي - بوركون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 96 63 - الفاكس : 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

200,00

Banbets

Colmine



Pn minine

for



(pH ≥ 8)



Dr. Mohamed LEMSEFFER
Cirurgien Urologue
24 Rue El Aloussi Bourgogne - CASA
Tel: 05 22 27 41 17 / 00 64 21



40 mg

28 Comprimés
gastro-résistants
Voie orale

11/05 P. dej



Lot No: PTC2464A

EXP: 03/2023



Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
168 avenue Hassan II, Tef.
20270 Casablanca, Maroc.
Fabricant :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDIA



NIVEAU
Medicament Autorisé N°: 22104 DMD27INNP
RESPECTER LES DOSES PREScrites
الالتزام بالdoses prescrites

Tableau A (Liste I)

كونتيفلو[®]
كولور هيدرات تامسولوزين
لعلاج مرض البروستات والبلدنة

08

S.N. 8M6PM5UENK
EXP. 05/2023
Lot. DFC1842A
GTIN 16118001300546



CONTIFLO[®] OD 0.4mg
Boîte de 10 gélules à libération
prolongée
Voie orale
CODE No.:
MP-DRUGS252483

SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

ذات
مفعول
طريق
الدم
10
مكبس
من

0.4
ملغ

Composition :
Chlorhydrate de tamsulosine (D01) 0.4 mg.
Exipient : E 171 (une gélule)
Effet : effet relaxant, jaune orange S (E110),
moue coquille A1 (E24), azotinolite (E322),
indications, contre-indications, posologie et précautions :
démolir. 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

5127668

CONTIFLO[®] OD
Chlorhydrate de Tamsulosine

10 Gélules
à libération
prolongée
Voie orale

0.4 mg

PPV: 53DH60

CONTIFLO[®] OD

10 Gélules
à libération
prolongée
Voie orale

0.4 mg

6 118000 060819



12 Suppositoires

Profenid® 100mg

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

A conserver à une température
inférieure ou égale à 25°C.



RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
CONSERVATION À LA PORTÉE DES ENFANTS



Ketoprofène

Profenid® 100mg

ACVH



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b
bott S.A
832, Allée des Camélias - Ain Sefra - Constantine
S. Ischioschi - Pharmacie Responsable

PPV: 14DH00

PER: 11/24

LOT: K3206