

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-646392

108 761

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11563	Société : CAMI		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAHAMMA FADWAH			
Date de naissance : 28/05/79			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Mohamed Kherroubi Spécialiste Maladie et Chirurgie - Nez - oreille - Face André Medecin Bsp. Militaire à Med V Aneien Medecin Hop 20 ans 11, Bd. Mohammed V Casablanca 20100 05 22 22 79 74 37 0522 29 79 39 23/2, 2022	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : MAHAMMA FADWAH	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : ORL	
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) : 



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
23/2/22	Cs	-	300 DHT	INP : 09/10/2022 Spécialiste : Dr. Gorge-Urethre Praticien : Dr. M'hamed Ben Youssef Address : 435 Bd Panoramique Polo Casablanca - Tel. 0522 52 19 99

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CALIFORNIE ALI ALAMI Docteur en Pharmacie 435, Bd Panoramique Polo Casablanca - Tel. 0522 52 19 99	23/2/22	318.10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
G	
B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face

Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V.

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

O R L

الدكتور كمال خسوس

اختصاصي

في أمراض وجراحة

الوجه - الأنف - الحنجرة - العنق

طبيب سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

Casablanca, le 23.02.2022

Dahamma Factwa.

OPHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
Casablanca - Tel: 0522.52.13.20
435, Bd. Panoramique Polo
222.00

Augmentin S 4g



24
15 x 3/1 8/1



pill 14/1



1 CF x 2/1



8/1

DOCTEUR KAMAL GUESSOUS

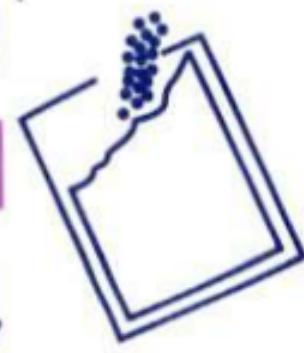
Spécialiste
Maladie et Chirurgie : Nez - Gorge - Oreille - Face
Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V
Ancien Médecin Hôp. 20 Août
Casablanca - Tel: 0522.52.13.20
435, Bd. Panoramique Polo
Tel: 0522.29.79.371 / 0522.29.79.39

11 شارع الزرقطوني - إقامة طرفايا - الدار البيضاء - هاتف : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya - Casablanca - Tél. 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

buvable en sachet
poudre pour suspension

1g / 125 mg



AUGMENTIN

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN

1g / 125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

8j - AP



PPU : 222,00 DH

LOT : 647948

PER : 04/23



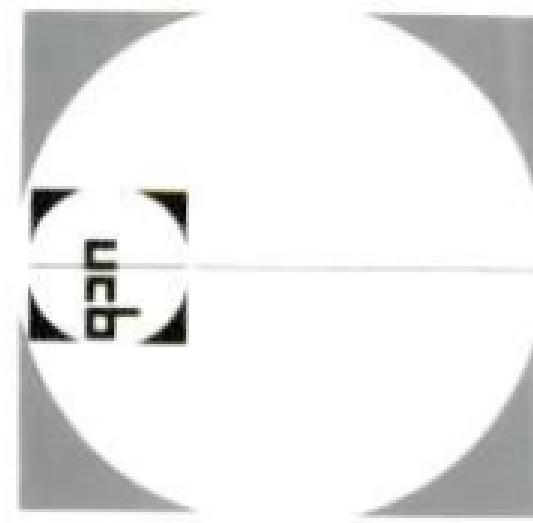
Augmentin est une marque déposée
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

6 118000 021582



Boîte de 14 comprimés pelliculés
AMM N° Z7150MPC21/NRGDNH

Xyzall 5 mg



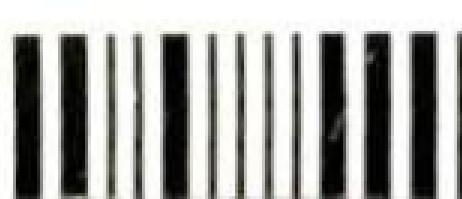
Dichlorhydrate de Lévocétirizine

Xyzall 5 mg

PPV 40.10 DH
EXP 04 2025
LOT 211097 2

Xyzall 5 mg

Dichlorhydrate de Lévocétirizine
14 comprimés pelliculés



Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL

Doliprane 1000 mg
PARACÉTAMOL

ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ



bottu s.a.

b

ADULTE
10 Comprimés

COMPRIMÉ



bottu s.a.
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 01/25

LOT: L076

pharmacists.
Follow the advice of your doctor or
medecin ou de votre pharmacien.
Suivez les conseils de votre

IOEMCO

Tableau A [Liste I] / Table A [List I]
جدول 1 (الاتجاه 1)

pecter les doses prescrites
spect the prescribed doses
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

Under prescription only

لا يسلم إلا بوصفة طبية

3

لا يترك في متناول ومرأى الأطفال
laisser ni à la portée ni à la vue des enfants

Keep out of the reach and sight of children

اقرأ المنشورة قبل الاستعمال
ire attentivement la notice avant utilisation

Read carefully the leaflet before use

بعدة يدها عن الرطوبة

A conserver à l'abri de l'humidité

Keep away from moisture

AMM N° 474/17-DMP/21/NRQ

製造於 / Manufactured by /

MC PHARMA

العنوان: Saleh préfecture de Nouaceur
Casablanca

4



COOPER
PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc / Morocco
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI
ر.نف. محمد الدوادي 20110 الدار البيضاء المغرب
سيديكي مسؤولة : أمينة الدوادي

LOT N°:

UT. AV :

4200

PPV (DH) :