

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Cessions 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.

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

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

110555

Déclaration de Maladie : N° P19-0002015

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01762 retraite

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAFIK Abdeljaouad Date de naissance : 06/01/1954

Adresse : Villa Q2 cité AL MANAR

Tél. : 06 61 17 03 19

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr.Raouf MEHAJI
14, Av. Mauritanie - Tétouan
Tél: 05 39 70 19 49

Date de consultation : 09/03/2022

INP: 161111943

Nom et prénom du malade :

CHAFIK Abdeljaouad Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

CHAFIK Mejaouds.

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 : 09/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Chafik

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
9/03/2022	CD		250,00	Rabou MENEY Mauritanie - 155-39-70-19-49 16111943

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram shows a 3D grid with points labeled H, D, and C. Point H is at the top center, D is at the bottom left, and C is at the bottom right. The grid consists of points arranged in layers along three axes. The vertical axis has points labeled 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 from top to bottom. The horizontal axis has points labeled 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 from left to right. The depth axis has points labeled 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 from front to back. Each point is represented by a small circle containing a symbol, such as a 'Y' or a 'V'. The symbols are oriented differently based on their position in the grid.

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAIL

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Docteur Raouf MEHAJI

Ancien Médecin à l'hôpital d'instruction

Militaire Med V - CHU Rabat

Dermatologue - vénérologue

Maladie de la peau et du cuir chevelu

Maladie Sexuellement transmissibles

Dermatologie - Esthétique - Chirurgie de la peau

Laser - Mésothérapie - Comblement des rides (BOTOX)

Allergie cutanée

الدكتور رؤوف المهاجي

طبيب سابق بالمركز الاستشفائي الجامعي العسكري

محمد الخامس بالرباط

اختصاصي في الأمراض الجلدية والتناصالية

أمراض الشعر - طب التجميل وجراحة الجلد

الليزر - ميسووطيفابي - شد التجاعيد

حساسية الجلد

Tétouan, le :

09.03.2022



Mr CHAFIK Abdeljaouad

1 EFFIPRED 20MG



3 comprimés le matin, après le repas

2 HEMOFAST CREME



1 application par jour

3 OEDES 20 MG



1 gélule par jour

4 DAFLON 500

2 CP 3 FOIS/JOUR PDT 03 JOURS

2 CP 2 FOIS/JOUR 03 JOURS

1 CP 2 FOIS/JOUR 30 JOURS



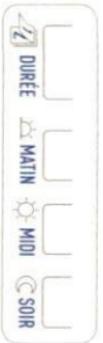
Dr. Raouf MEHAJI
14, Av. Mauritania - Tétouan
Tél: 05 39 70 19 49
INP: 161111943

TOTAL 545,-

شارع موريطانيا - تطوان - هاتف العيادة : 0539 70 19 49 الفاكس : 0539 70 18 25

14, Av Mouritania Rez-de-chaussée - Tétouan - Tél.C: 0539 70 19 49 - Fax: 0539 70 18 25

LOT 210584
EXP 12/2023
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

oedes®
oméprazole



20 mg
Voie orale

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS
احترم اجراءات الارسال

Uniquement sur ordonnance
لا يسمى إلا بوصمة الطبيب

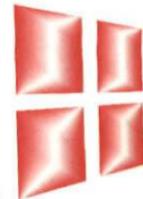
CONDITIONS D'EMPLOI:
Se conformer à la prescription médicale.
يجب التزام بالوصفة الطبية.
Ne pas laisser à la portée des enfants.
يُنصح في متناول الأطفال
Conserver à une température inférieure à 25°C.
يمكن في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C
Lire attentivement la notice avant toute utilisation.
انظر إلى النص والدلالة قبل الاستعمال.

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ

هِيموْفَاسْتٌ



مرهم
مُرْهُوم



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Roches Noires - Casablanca

لا يبلع
احترم المقدار المعنية

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES
PRESCRITES



Hemofast®

Pommade Rectale



Hemofast®
Pommade
19,00

351063

Composition :

Chlorhydrate de cinchocaine.....0,50 g
Hydrocortisone0,50 g
Excipients q.s.p.....100 g
Tube de 10 g

Ne pas laisser à la portée des enfants

Mode d'administration, Indications,
Contre-indications, Mises en garde,
Précautions d'emploi : Voir notice

81/20
WAL

30 comprimés pelliculés

dafflon® 500 mg

التركيب جزيريات الفلافيونويد الدقيقة المقامة: 500 ملخ كمية تعادل:

Composition : Saponine flavonoidique purifiée micronisée : 500 mg quantité correspondant à :

- Indications thérapeutiques :**

 - Troubles de la circulation veineuse,
 - Crise hémorroïdale.

الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants.

30 comprimés pelliculés

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

daflton® 500 mg

دانلود 500 ملء

(50 X 28 X 114) mm

30 ଶ୍ରୀ ପାତ୍ର

12970

IMPRIMEPEL
05/15

246400030-04

30 comprimés pelliculés

daffion® 500 mg

التركيب جزيئات الملافوبييد الدقيقة المتغيرة: 500 مللي كجمية تعاوٍ.

Composition : Fumigation fluorométhane purifiée micronisée : 500 mg quantité correspondant à :

- Indications thérapeutiques :**

 - Troubles de la circulation veineuse,
 - Crise hémorroïdale.

Ne pas laisser à la portée des enfants
لا يترك في متناول يد الأطفال
مُحرِّبَاتِ الْأَطْفَالِ.

30 comprimés pelliculés

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

daflon® 500 mg

د اونیل مولٹ 500®

جزئيات الفلسفهون يريد الدقيقه المقناة
30 قرصا ملبيسا

(50 X 28 X 114) mm

IMPRIMEPEL
05/15

6 118000 10004

~~dafloⁿ 500 mg~~

SERVIER MAROC
Les Laboratoires Servier - France
Rue d'Azemmour, 20180 Casablanca
Tél. 0524 41 00 00

၀၃ နှစ် တိမ်

፲፭፻፯፷፮ ፫፭፻፯፷፮ ፫፭፻፯፷፮

12930

246400030-04

30 comprimés pelliculés

dafflon® 500 mg

التركيب جزيريات الفلافيونويد الدقيقة المقامة: 500 ملخ كمية تعادل:

Composition : Saponine flavonoidique purifiée micronisée : 500 mg quantité correspondant à :

- Indications thérapeutiques :**

 - Troubles de la circulation veineuse,
 - Crise hémorroïdale.

الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

30 comprimés pelliculés

Fraction flavonoïque purifiée micronisée

daflton® 500 mg

دانلود [®] 500 ملخص

(50 X 28 X 114) mm

၃၀

12930

IMPRIMEPEL
05/15

246400030-04

EFFIPRED®

Prednisolone

20 mg

20
Comprimés
effervescents

LAPROPHAN

إفيفيريد 20 ملجم

aprilis

IMPRIMEPEL
04/17

EFFIPRED®

20 mg



6 118000 031369



لابروفان
LAPROPHAN
مختبر لافروفان للمستحضرات
الصناعية المائية المغربية
العنوان: 21
الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES
LA PROPHAN S.A.S. ET FILS
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA
CASABLANCA - MAROC

14

LOT 190165
EXP 10/2024
PBU 58DH40

EFFIPRED® 20 mg

إفيفيريد

بروكسيزولون

20 ملجم

Je le je le

Après déjeuner

Belje

فترة

لابروفان

FORMULE UNITAIRE:

PREDNISOLONE 20 mg
(sous forme de metasulfobenzoate
sodium)
équivalent à 1 comprimé
effervescent

Cette boîte contient 400 mg de
prednisolone

Tube à conserver bien fermé à
l'abri de la chaleur et de l'humidité

NE PAS LAISSER À LA PORTEE DES
ENFANTS

POSOLOGIE:

Se conformer à la prescription du
médecin

INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS
- PRÉCAUTIONS D'EMPLOI:
Voir notice

يحفظ الآتي بمحفظة يعبر
عن الحرارة والرطوبة

AMM N° 07DMP/21

الاتجاهات المحددة
NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRÉSCRITE

180908F56242E030314