

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-702355

119185

| | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 8187 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | CHAELI HASSAN |
| Nom & Prénom : | | 18 11 56 | |
| Date de naissance : | | Inara 1 Rue 32 N° 43 1er Dhar | |
| Adresse : | | Ain chac Casablanca | |
| Tél. : | | 0665 78 96 70 | Total des frais engagés : 3026,40 Dhs |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | |
|--|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Dr. NADIR AMINA Endocrinologue - Diabétologue Nutritionniste 182, Boulevard Anoual Casablanca tel. 05 22 86 44 86/05 22 86 44 44 10/5/22 | |
| Date de consultation : | |
| Nom et prénom du malade : | |
| CHAELI HASSAN Age: 65 ans | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | |
| Diabète Type 2 | |
| 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 : 10/15/22 | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10 MAI 2022 | DR. NADIA | 25 | 25.00 | 091163089 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| DR. NADIA | 10/05/22 | 2776.40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt=" | | | | |

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste



Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maigreur - Retard de croissance et de puberté

الدكتورة نديرة أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية
الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول
النحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 10 MAI 2022 الدار البيضاء في :

Mr - Mme :

Chakli Housse

- teekha (Flextouch)
- 84 ml le soir de couchée
- Micofine BD (مسح)
63.8 x4 (4 bandes)
- Amoel
- Tamiflu le matin avant le repas
423.7 x4
- Tamiflu la nuit
- Opales le matin x4
- Cardiospirix

صيدلية شارع الدوحة
P: 3MAIE BOULEVARD DOHA
39 Bis Rue 2 Lot. Mehdia Ain Chok
Casablanca - Tel: 05 22 50 15 30

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tél: 05 22 86 44 44 05 22 86 44 44
05 22 86 44 44 05 22 86 44 44
05 22 86 44 44 05 22 86 44 44

- Proxel 50 mg 06,2 x 3
Afp 1 fer 50 ml din e jum
classe 3

97,6 x 4

- Civotinol 50 mg
Afp 1 fer le bon

T = 277645

محل ماروك
شارع 200 متر من مدخل
الشارع 200 متر من مدخل
شارع 200 متر من مدخل
Casablanca - Tel: 05 250 15 30

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tel: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 4/

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebâa Casablanca
Amarel 4 mg, cp b 30
P.P.V : 68,80 DH

6 118001 081325

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

prazol® 20 mg

Oméprazole

botti®

80, Avenue des Chênes Verts - Annecy 74100
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

28
gélules

Voie orale

PPV : 96DH00
PER : 06/23
LOT : J2888-1



prazol® 20 mg

Oméprazole

botti®

80, Avenue des Chênes Verts - Annemasse -
S. Bouchouchi - Pharmacien Responsable

28
gélules

Voie orale

PPV : 96DH00
PER : 06/23
LOT : J2888-1



prazol® 20 mg

Oméprazole

botti®

80, Avenue des Chênes Verts - Annecy 74100
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

28
gélules

Voie orale

PPV : 96DH00
PER : 06/23
LOT : J2888-1



CIVASTINE® 20 mg

Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

20 mg

CIVASTINE®

Simvastatine

bottU/R

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

CIVASTINE® 20 mg

Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

CIVASTINE®

Simvastatine

bottU/R

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

CIVASTINE® 20 mg

Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

20 mg

CIVASTINE®

Simvastatine

bottU/R

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

CIVASTINE® 20 mg

Simvastatine

30 Comprimés pelliculés



30 Comprimés
pelliculés

Voie orale

20 mg

CIVASTINE®

Simvastatine

bottU/R

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

PPV: 97DH60
PER: 11/23
LOT: K3127-2

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.



6 113001 160488

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.



Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 267/19/DMP/21/NRQ
P.P.V: 428,00 DH.

