

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

121457

Déclaration de Maladie : N° P19- 0013786

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7728** Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

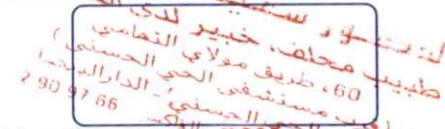
Nom & Prénom : **FIRAS BOUCHIB** Date de naissance : **31.07.1935**

Adresse : **FIRDAOUS GB BB APP 15 N1 RS**

Tél. : **06.76.92.81.95** Total des frais engagés : **863,70 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : **FIRAG RADII** Age :

60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

الجلد

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 : **5/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

El Hafsi

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
05 JUL 2022	C	.	200.00	طبب مختار طريق مختار لدكتور المختار أقر بـ مختار في تمام سدولاً - الواقع في - بيروت - الدارالبيضاء - الهاتف: 011 47 58 00 - 011 47 58 00 - 011 47 58 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE POLYCLINIQUE DR. TIR Abdelaziz Route Mly Thami - Hay H. Tél. 0522 90 21	05/07/20	663.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

© Gouvernement de la République tunisienne

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محليف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le

الدار البيضاء، في :

TT FEAS RABIT

SV
Y/T
Voie o
Xyfflo

292,000 Derry 15

30,000 14%

3 Qd des 20
1

69.90 SV 19/T

4- Doxicox 500 mg

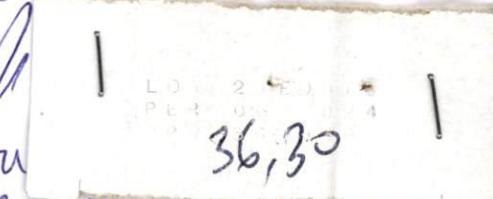
36.30 SV

5. Flagyl over

SV l'ouïe le son

6 = Сердце 2р.

663,10 14 x 21, 40

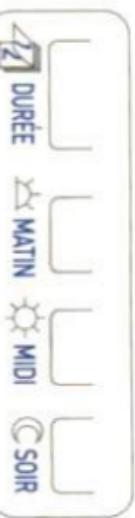


٦٠- طريقي مولاي التهامي (قرب مصحة الصمال الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drqzsa@gmail.com

LOT 201589
EXP 05/2023
PPV 30.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x

OEDES®
oméprazole



20 mg
Voie orale


COOPER
PHARMA

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

احترم العادة
راسخة في المعايير

فالة 1 : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



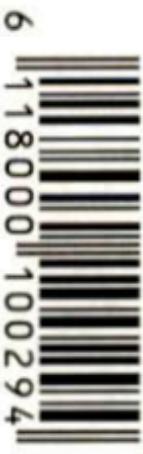
SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FAITH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



6

118000100294

كوفرسيل®

براندبوريل أرجينين

30 جبة ملبيسة قابلة للكسر

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg

COVERSYL®

30

Comprin

92 8

يُنْهَى عن طريق الفم.
يُنْهَى بعيداً عن متناول الأطفال.
التركيب : تغاري جبهة واحدة مليئة
على 5 مللي من برواندوليريل أرجينين.
الஸواغ: كميةكافية لكل جبة مليئة
بخاري على سكر الملح أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.

الجرعة، دواعي الاستعمال، احتياطات
الاستعمال والآثار الجانبية :
أقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.

COVERSYL®

Périndopril arginine

Comprimés pelliculés sécables

5 mg

احترم العادة
راسخة في المعايير

فالة ١ : لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية

Liste I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg



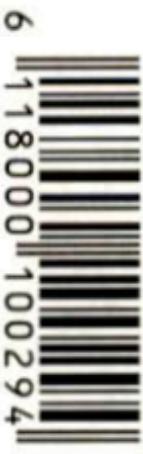
SERVIER

Les Laboratoires Servier - France

SERVIER MAROC

Imm. ZEVACO, Lot FAITH 4

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca



6

118000100294

كوفرسيل®
براندبوريل أرجينين
30 جبة ملبيبة قابلة للكسر

COVERSYL®

Périndopril arginine
Comprimés pelliculés sécables

5 mg

30

Comprin

92 8

يُنْهَى عن طريق الفم.
يُنْهَى بعيداً عنتناول يد الأطفال.
التركيب : تغْوي جبة واحدة ملبيبة
على 5 جبة من براندبوريل أرجينين.
الஸّوَاغ: كميةكافية لكل جبة ملبيبة
يُنْهَى على سكر الملح أحادي
الماء: راجع النشرة لمزيد من المعلومات.
الجرعة، دواعي الاستعمال، إحتياطات
مضادات الأسمدة، والأثار الجانبيّة:
الاستعمال والآثار الجانبيّة:
أقرأ بدقة النشرة قبل الاستعمال.