

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

M22- N° 004907

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 300 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 125035
 Nom & Prénom : Tahiai Hayka
 Date de naissance : 16/07/1956
 Adresse : 7, Rue Oualili Haarf 20380
 Tél. : 05 22 98 38 63 Total des frais engagés : 764,170 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Amna Tahiai Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ADIC SC

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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
20/05/2021		5	300,00	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i>	20/05/2021	469,45

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553

(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

مركز العلاج الكندي
CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY
 Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE
 RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
 CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجة بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفيماض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

2018-2019
 CASABLANCA, LE

الدكتور سعيد تاشفين

Docteur Said TACHFINE

أخصائي في العلاج بالمواد الكيماوية

ONCOLOGUE MEDICAL

me suis relié

1) Se pen 750
 SV 338,00 / -
 26,20x3 14 x 2 / - 50,-
 2) Gantem 1600
 SV 478,00 1 yyl = 71,- 03,-
 3) Da sen 1000
 SV 464,40 8 y 13 / - 05,-

Centre de Traitement Al Kindy



افريقيا - فارما
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

ج.ل ٤ جزء جنوب

ج.ل ٤ جزء جنوب

ج.ل ١٦٠

A.12/4
Tébessa A

Respectez les doses prescrites
Respectez les doses prescrites

CONSERVER A TEMPERATURE NE DÉPASSANT PAS 25°C

NE PAS LAISSER A LA PORTÉE DES ENFANTS

Pour les autres mentions, lire la notice à l'intérieur.

Exemples q.s.p..... 4 ml

Gentamicine base (sous forme de sulfate)..... 160 mg

par ampoule

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Soluté Injectables 4 ml

LOT 433 EXP 04/24

PPV 26DH20

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Soluté Injectables 4 ml

LOT : 436 EXP : 04/24

PPV : 26DH20



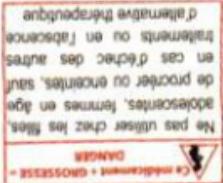
أفريقيا - فارما
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

ج.ع ٤ جمالي ماروك



Composition : Gentamycine base (sous forme de sulfate) - 160 mg par ampoule
Excipients q.s.p. 4 ml
Gentamycine base (sous forme de sulfate) 160 mg
Teneur hors de la poitrine et de la valve des enfants
Pour les autres mentions, lire la notice à l'intérieur.
Conserver à température ne dépassant pas 25°C

Gentamycine® 160 mg

Gentamicine

Llorente

Soluté Injectables 4 ml

LOT : 436 EXP : 04/24

PPV : 26DH20



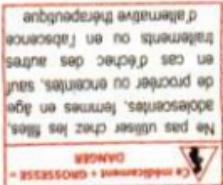
أفريقيا - فارما
AFRIC-PHAR

Zone Industrielle Ouest Aïn Harrouda

Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)

Km 12.400 Aïn Harrouda 28 630 - Mohammedia, Maroc

ج.ع ٤ جمالي ماروك



Composition : Gentamycine base (sous forme de sulfate) - 160 mg par ampoule
Excipients q.s.p. 4 ml
Gentamycine base (sous forme de sulfate) - 160 mg
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS
Pour les autres mentions, lire la notice à l'intérieur.
CONSERVER À TEMPÉRATURE NE DÉPASSANT PAS 25°C
TENIR À L'ABRI DES MÉTILLES, LIER LA NOTICE À L'INTÉRIEUR.



Composition :
Chaque comprimé pelliculé contient :
DCl : ciprofloxacine 750 mg
(sous forme de chlorhydrate monohydrate : 874,5 mg)
Excipients q.s.

كل قرص ملصق يحتوي على 750 ملغم
ب.ع.م : سيريفلوكساسين سيريفلوكساسين
(أغشى) شكل كلورهيدرات أحادي النعيم : 874,5 (ملغم)
كمية كافية سوانغان

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver ce médicament à une température ambiante.
Sous ordonnance médicale.
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.
Tableau A (Liste I).

يترك بعدد عن متناول وعي أنظار الأطفال
يجب تخزين هذا الدواء في ظروف الحرارة الإعتيادية
تحت وصفة طبية
يجب قراءة المعلومات التالية قبل استخدام هذا الدواء
الجدول (اللائحة I)

سيبيسيين 750 ملغ

سيروفلوكساسين

SEPCEN® 750 mg

ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230199

عليه من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

يجب احترام الجرعات الموصوفة

IBERMA

Laboratoire Pharmaceutique IBERMA
ZI - Lot 149, Had Soualem
Province de Berrechid, Maroc
Pharmacien responsable : Nadia IBNTABET
AMM N°284/16 DMP/21/NRQ

المختبر الصيدلاني ايرما
م.ص - رقم 149، حد السوالم
إقليم برشيد، المغرب
الصيدلي المسؤول : نادية ابن ثابت

SEPCEN® 750 mg

ciprofloxacin

LOT : 06021001

PER : 10/2024

PPV : 338,00 DH

Boîte de 10 comprimés pelliculés



Voie orale

Ne pas dépasser les doses prescrites

درايin 10.000 وحدة

سرابيتاز

6



40 Comprimés entérobes gastro-resistants

Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI

40 قرصا ملبيسا
معدى - مقاوم
عن طريق الفم



مخبرات سنتيميل
20 - 22 زنقة زبر بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80

CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

CASABLANCA
0522 39 33 33 LG

Reçu de caisse

Identifiant patient

F-06-01-043-049

Nom du patient

MALIKA OUNAS

Date encaissement

20/09/2022

Mode paiement

Espèces

Motif/Référence de paiement

Contrôle

Montant Dhs

300.00

Reçu établi par amine.i