

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 canalaire, 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 canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-631028

141340

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1607</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Belairine Bl Habib</u>
Nom & Prénom : <u>Belairine Bl Habib</u>		Date de naissance : <u>1990</u>	
Adresse : <u>Des Jardins Malak 1 Ville Verte Bou Ska</u>		Tél. : <u>0661 16 730</u>	
		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<u>Dr. AMINE SERANI</u> FERDAOUI GHJAMAL 106 RDC APP 3 OUIFA CASABLANCA Tel : 05 22 89 36 72			
SOS Médecin : 06 03 16 20 20			
Cachet du médecin :	<u>Belairine Bl Habib</u>		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>st grippel</u>		
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 : 13/12/14 Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : Belairine Bl Habib

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-631028
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricole : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par 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
12/11/2018	10		600,00	INP : [REDACTED] DR. AMINE SERHANI FERDous GMAIL 100% OULFAT ASABLANCA Tél. 05 22 89 36 72 Tél. 06 03 16 20 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GREEN TOWN Dr. Maria AZZARIN Casa Green Town Ville Tél. 05 22 89 36 72	13/11/2018	362,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

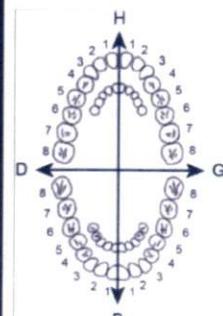
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

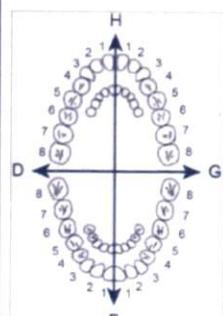


ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 21433552
D	00000000 00000000
B	35533411 11433553
G	[REDACTED]

(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

Dr Amine SERIANI

Médecine générale

Diplômé de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور أمين السرياني

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

Casablanca, le:

13/12/22

Mr Habib Belamri



① AZN x 600mg

29,70

(SY) 24/5 (3)

② Augmentin 180g

168,00

(SY) 14 x 20 (1g)

③ Solupred 20mg

15,30

(SY) 29/5 (5)

④ Vitsomine 45g

99,00

14/6

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70

6118000 060536

Dr. AMINE SERIANI
FERDAOUS GH3 IMML 106 RDC APP 3
OULFA CASABLANCA
Tél : 05 22 89 36 72
SOS Médecin : 06 03 16 20 20

الفردوس، عمارة ل 106، شقة 3، المثلثة، الدار البيضاء

Ferdaous GH3, Impr L 106, RDC, Appt 3, Oulfa, Casablanca

Tél: 05 22 89 36 72 / Téléphone en cas d'urgence: 06 03 16 20 20

NITIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN

1g /125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.
Uniquement sur ordonnance
RESPECTER LES DÓSES PRÉSCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 649763
PER: 03/24



B200969-01

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
1g /125 mg

Composition :
Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de potassium).
Contient de l'aspartam (environ 30mg).

Mise en garde spéciale : risque d'allergie.
Voie orale
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver à une température inférieure à 25°C et à l'abri de l'humidité.



AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN
1g /125 mg

16 SACHETS



poudre pour suspension buvable en sachet

أوغمنتان 1 غ / 125 مل
اموكسيسلين/الحمض كلافوليك
مسحوق لمستحلب في كيس قابل للشرب

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.
يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال، تحت درجة حرارة أقل من 25° ويعطى عن الرطوبة.
اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000



COMPOSITION :

Azithromycine 500 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

AMM N° 45 DMP/21/NRQ

97X45X18

500 mg

9

AZIX® 500 mg

AZIX®

118000040941

3 Comprimés sécables
Azithromycine**POSOLOGIE ET MODE
D'ADMINISTRATION :**

Adulte : lire attentivement la notice.
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS.

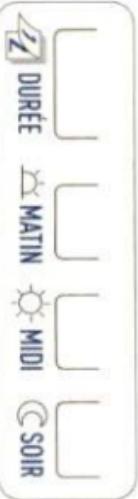
12/20
100008AZIX®
Azithromycine500 mg
Voie oralePPV 7 9 0 H 7 0
PER 0 6 / 2 5
LDT 1 2 2 0 VAZIX®
Azithromycine

500 mg

bott.

S.C. Allée des Ciseaux - Alte Seide - Chambourcy
S. Buchach - Pharmacien Responsable

LOT 211263
EXP 04/2024
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

OEDES®
oméprazole



20 mg
Voie orale

COOPER
PHARMA

OEDES®
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

Docteur Amine SERIANI

الدكتور أمين السرياني

Médecine générale

الطب العام

NOTE D'HONORAIRE

13/12/22

Facture Détaillee :

Consultation : à domicile

Injection + Consommable:

Oxygene + Nebulisation :

ECG :

Echographie :

Total : 600,00 DH

Bon rétablissement à vous

Habib Bellamine

Et lui adresse selon l'usage , sa note d'honoraires soit la somme de :

Sirvent DH

Dr. AMINE SERIANI
FERDAOUS GH3 IMM L 106 RDC APPT 3

Tel : **05 22 89 36 72** / Téléphone en cas de urgence : **0503162020**

SOS Médecins 05 22 89 36 72

الفروض GH3 عمارة ل 106 شقة 3 الألفة الدار البيضاء

Ferdaous GH3 Imm L 106 RDC Appt 3 Oulfa Casablanca