

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0006183

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5232 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EZZAHER ALI

Date de naissance : 1948

Adresse : Boucharouf Rue 12 N°15 Casa

Tél. : 2620493972 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : ESSEFAR Tounia Age : 65 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Brûlure

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) :

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
Pharmacie Menara Casa sari Derb El Miter N° 9 Rue 1 Bouchentouf Casablanca- Maroc 22 28 40 23 ICE: 002704284000015	18330
Pharmacie Menara Casa sari Derb El Miter N° 9 Rue 1 Bouchentouf Casablanca- Maroc 22 28 40 23 ICE: 002704284000015	Code INPE:

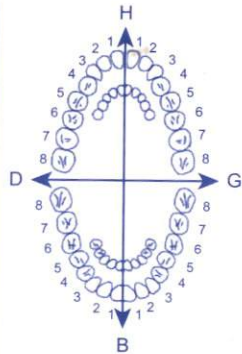
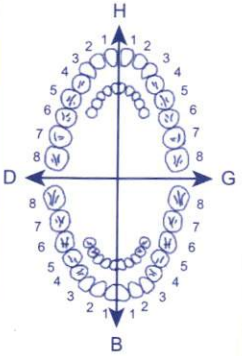
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatima SAMIH

- * Omnipraticienne
- * Echographie générale
- * Suivi de grossesse
- * Diabétologie et nutrition
- * Electrocardiogramme
- * Spécialiste en Médecine du Travail



الدكتورة فاطمة ساميح

- * الطب العام
- * الفحص بالصدى
- * مراقبة الحمل
- * داء السكري و التغذية
- * التخطيط الكهربائي للقلب
- * طب الشغل

Ancien Médecin chef c/s My EL Hassan - El fida

طبيبة رئيسية سابقا بالمركز الصحي مولاي الحسن الفداء

Ordonnance

Casablanca, le : 28/11/2022

M^{me} ESSEFAR Tourif

13200

1/ Novochin! 3

14300

2/ Rluwtehal

Pharmacie Menara Casablanca
Derb El Miter, N° 9 Rue 1 Bouchentour
Casablanca - Tél: 05 22 28 40 23
ICE: 002704284000015

3/ Atal

4/ himag Bc

5/ day 9 Ue

6/ Dyaol Ue

3700

41

DOCTEUR FATIMA SAMIH
OMNIPRATICIENNE
Hay Laayoun - Bd Beni M'guild
Rue 16, N° 4, 1er Etage - El Fida - Casa
Tél: 05 22 69 16 36

18330

Hay Laâyoun, Bd Beni M'guild, Rue 16, N° 04, 1er Etage - Casablanca

Tél.: 0522 69 16 36 / E-mail : fatimasamih2@gmail.com

نوفوكلان

أموكسيسيلين - حامض كلافلانيك

125/غ/مغ

البالغ

مسحوق لمحلول شراب
في كيس

16 كيسا



الخبر الصيدلي نوفوفارما

د. محمد بن خنيس

علبة من 20 قرصا

باراسيتامول / ثيو
500 مغ / 005
عن طريق الفم

د. محمد بن خنيس
500mg/2mg
علبة من 20 قرصا

37,00



Indications, contre-indications, effets secondaires, effets indésirables et posologie :
Voir notice.

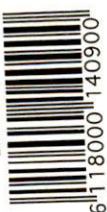
Ne pas laisser à la portée des enfants.
ليترك في متناول الأطفال.

AMM N° : 117DMP/21/NCV

Respecter les doses prescrites
تتبع الجرعات الموصوفة

NOVOCLIN® 1g/125 mg

16 sachets



Laboratoire Pharmaceutique

NOVOPHARMA

Z.I 12 Titi Mellit Casablanca

رينوفيبرال

باراسيتامول - مالبات كلورفنامين - فيتامين س
كبسولات



علبة من فئة 20 كبسولة

الزكام مع آلام الرأس و/ أو حمى

RHINOFEBRAL®

20 GÉLULES

Paracétamol, Maléate de
chlorphénamine
Acide ascorbique /gélule



PPV (DH) : LOT N° : UT.AV. :

LOT : 101
EXP : 09/2021
H405 : 4202/60304

756.836.07.19