

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.



147610

Déclaration de Maladie : N° P19-0019275

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2047 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : WAKIM KHADIJA Date de naissance : 08/04/1955

Adresse : BEAUSIJON, RUE AL OTHMANE, RB AL KACOTAL 2

Tél. : 0662 146 863 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE : 091122440

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouza May Erraha
Tél: 05 22 36 52 91 Casablanca

Date de consultation : 25 JAN 2023

Nom et prénom du malade : Mme WAKIM Khadija Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Surmenage + OMA

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 : CASABLANCA

Le : 01/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

K

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
25 JAN 2013	1C1	01	200,00	Dr. SAADIK FOUZIA 104, Rue Mimouna Max Erraha Tél: 05 22 36 58 95 - Casablanca
INPE: 091122440				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de Beaulieu	27/1/13	489,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

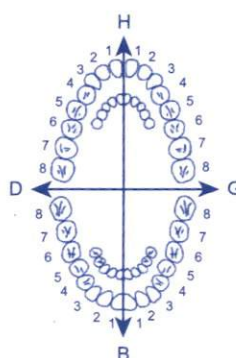
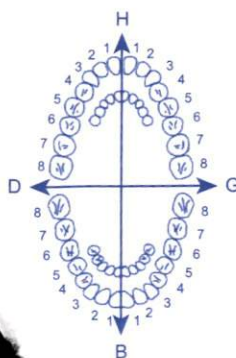
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																			
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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"/>																	

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104. زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

25 JAN. 2023

Casablanca, le : : دار البيضاء ، في

Dr. ^{me} WAKIM Khadija

132 X 3
Baroxetine WIN
1 cp / (1 x 03 mois)

Spectrum (auriculaires)
ofloxac (auriculaires)

3gts 2 fois / 15
dans l'oreille

33,0
5429,0

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
51, Bis Rue Binafale - Beauséjour
Casablanca
0522 39 34 31 - 0522 94 99 34

Dr. SADIK Fouzia
Médecine Générale
104, Rue Mimosas - Beauséjour
Casablanca
Tél. : 05 22 36.58.91



باروكسيتين وين[®]
باروكسيتين كلوروهيدرات عديم التحميه

ملغ 20

30 قرصا ملبسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

• RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينه

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

0

P.P.V : 132DH00



6

118000 062301

LOT : 22E006

PER.: 05 2025

المواقيت / HORAIRES - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح



MIDI / الزوال



SOIR / المساء



REPAS / الوجبات





باروكستين وين[®]
باروكستين كلوروهيدرات عديم التحميه

ملغ 20

30 قرصا ملبسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

• RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينه

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

0

P.P.V : 132DH00



6

118000 062301

LOT : 22E006

PER.: 05 2025

المواقيت / HORAIRES - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح



MIDI / الزوال



SOIR / المساء



REPAS / الوجبات





باروكستين وين[®]
باروكستين كلوروهيدرات عديم التحميه

ملغ 20

30 قرصا ملبسا قابلا للكسر

عن طريق الفم

• RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينه

Liste 1 - Uniquement sur ordonnance

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC B30

0

P.P.V : 132DH00



6

118000 062301

LOT : 22E006

PER.: 05 2025

المواقيت / HORAIRES - المقادير / POSOLOGIE

MATIN / الصباح



MIDI / الزوال



SOIR / المساء



REPAS / الوجبات



سبيكتروم

سبيرفلوكساسين

0,3%

قطرات
للأذن



قطرات للأذن

5 ml



مدة 4 أيام صباح ٢٠ زوال ٢٠ مساء



COOPER
PHARMA

يحفظ في درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية - بعيداً عن الضوء
بعد فتح العبوة لا يستخدم في حال تجاوز شهر واحد

A conserver à une température inférieure à 25°C, à l'abri de la lumière
Après ouverture du flacon, ne pas utiliser au delà de 1 mois



SPECTRUM + GROSSESSE =
DANGER

سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser SPECTRUM pendant la grossesse
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل

جدول أ (القائمة 1) (liste I) Tableau A

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance
لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

Ne pas utiliser après la date de péremption
لا يستعمل بعد إنتهاء مدة الصلاحية



COOPER
PHARMA

41, Rue Med Diouri, 20110 Casablanca
Amina DAOUDI :
Pharmacien responsable
Fabriqué par Cipla Ltd

CI : 6356

LOT: A020474
PER: 07-2025
PPV: 33.00DH