

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2279 Société : RSM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ben NAKHlef Rallid

Date de naissance :

29/03/54

Adresse :

294 AMEKIS ST NAKHlef Rallid

Tél. :

2681311689 Total des frais engagés : 772 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

16/02/2012

Nom et prénom du malade :

ben NAKHlef Rallid Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Grippe

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.

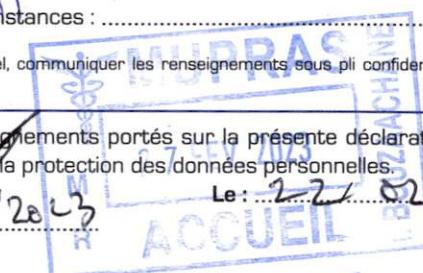
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 22/02/2013

Signature de l'adhérent(e) :

21/02/2013



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
16/12/22	CA		1600,00	<i>Dr. Kabbouche Médecin Dentiste N° 25025511 E-mail: kabboume@hotmail.com</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Résidence Annassim Sarl au Maroc Résidence Annassim 1 Marrakech Opération 24/43 TEL: 05 24 39 44 83</i>	16/12/22	<i>Pharmacie Résidence Annassim Sarl au Maroc Résidence Annassim 1 Marrakech Opération 24/43 TEL: 05 24 39 44 83</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

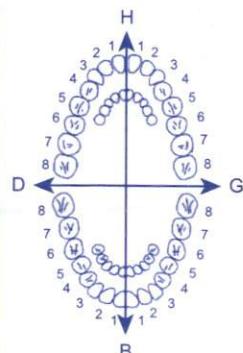
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[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. Mohamed KABBOURIM

Médecine Générale

Echographiste

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Qualifié en Médecine de Travail

ICE: 001710610000080

IF: 70401200 PT: 47903605

INP: 071082283

Marrakech, le : 16/12/2022

الدكتور محمد كبوريم
الطب العام

الفحص بالموجات ما فوق الصوتية

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في طب الشغل

NOUVEAU Tel: 0525 02 36 11

مراكش، في :

BENMAKHOLOUF Rachid

40.90x2
1. ZINASKIN
1COMP 2X/J

X 2



2BTES

13.30x2
2. AUGMENTIN 1gr
1sachet 3x/j pendant 2j
puis 1 sachet 2x/j pendant le reste du traitement.

X 1



16 sachets

40.60x2
3. EFFIPRED 20
3C LE MATIN X5J
14.60
4. DOLIPRANE 1G
1C 3X/J

X 1

+1



X 1



5. VITAMINE C 1000
1C 2X/J

31.60
6. ULTRA-LEVURE
1 sachet 2x/j

X 1



29.50
7. FITOPOLIS 1 CAS 3X/J

X 1



DR M KABBOURIM
Dr. Mohamed Kabbourim
Médecin Général
Email: kabbourim@hotmail.com

2, Port Urbain, Imm. A Massira 1 - Marrakech - Tél. : 05 24 49 39 44
E-mail : kabbourim@hotmail.com

2، عمارة 2، المركب الحضاري، المسيرة 1 - مراكش - الهاتف : 05 24 49 39 44
(بجوار البنك الشعبي المسيرة)

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18066 42

20 comprimés effervescents

ZINASKIN®

PPV 400H90 EXP 09/2023
LOT 09029 24

لابروفان
-- LAPROPHAN --
PPV: 40DH00
EXP 02/2025
LOT 1D018 2

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 08/2025
LOT 24015 5

14160
PPV 14DH60
ER 06/25
LOT L1988

Ne rien manger n'est pas médicament
servir dans un endroit sec et à l'abri de la

HT. LOT: 210-255

DLUD: 06-2024

39.00 DH

Autorisation ministère de la santé
DA201818053120DMP/20UCAV1

32 Comprimés = 16 Prises

500mg/62,50mg
Comprimé

ADULTE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاوة واحدة

من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

138,30 ₧

PPV: 138,30 ₧
LOT: 648620
PER: 03/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

32 Comprimés = 16 Prises

500mg/62,50mg
Comprimé

ADULTE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500mg/62,50mg Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = 1غ = قرصين = محتوى فقاوة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

138,30 81

====

PPV: 138,30 HT
LOT: 649216
PER: 03/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

ليوبليس

محلول للشرب



للكلبار



صمغ النحل
الإيكيناسيما
الزعتر
فيتامين C

يساعد على تهدئة
المجاري التنفسية
وتلطيف الحلق

79,50 X 1

150 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 435100 844353

Contenu net: 150 ml

Lot: 211209

A consommer

de préférence avant le: 12/2024

PPC: 79,50 DH