

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

156918

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12569		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IFRIQ VINE ISMAIL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 078501		Total des frais engagés :	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

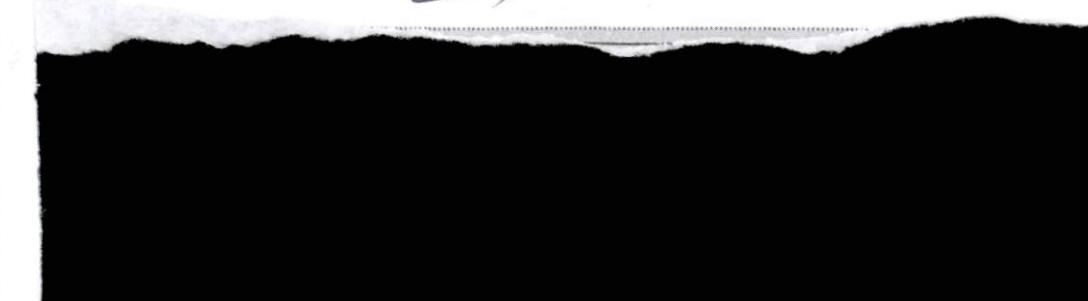
Cadre réservé au Médecin			
Dr. EL HARIM Nadia Médecine Générale 41, Rue Abou Zaid Dadoussi, Maârif Casablanca - Tél: 05 22 23 01 90 INPE: 091195909			
Date de consultation : 0603 2023			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie :			
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'até médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. EL HARIM Nadia



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
16/03/2023	5	1	200 DH	INP: 091195909

Dr. EL HARIM Nadia
Médecine Générale

41, Rue Aboz Zaid Dadoussi, Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 23 01 90

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mme Biete Dr. NADIA MOHAMMED Allée Aboz Zaid Dadoussi - Casablanca Quartier Maârif Tél: 05 22 98 94 56	6/03/2023	INPE: 091195909 18645

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

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	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Nadia EL HARIM



الدكتورة نادية الهارم

الطب العام

أمراض النساء وتتبع الحمل طب السمنة، السكري والتغذية ميوزيرابي - علاج الألم

خريجة جامعة الطب بياريـس VI-V

0522 230 190 :

0522 230 190

Casablanca, le : 06032023

For you Smart

1. Angela M - 3.14 12630
 Phare
 Dr. El Harim Nadia
 50, Allée Al Massine
 Quartier
 Tel.: 05 22 98 94 56
 $14 + 3$ $\alpha 6$

2. Rambois cp 4.14 6010
 $14 + 3$ $\alpha 6$ 186.4?

3. Requier 207
 $14 + 3$ $\alpha 27$ ans 2m $\alpha 27$
 $14 + 3$ $\alpha 27$ ans 2m $\alpha 27$

4. April Sm 14 Dr. EL HARIM Nadia
 Médecine Générale
 41, Rue Abou Zuid Dadoussi, Maârif
 Casablanca - Tél: 05 22 23 01 90
 INPE: 091195269

Dr. EL HARIM Nadia
Médecine Générale
41, Rue Abou Zaid Dadoussi, Maârif
Casablanca - Tél: 05 22 23 01 90
INPE 001105880

5 - Antibiotiques

Mr + 3

Dr. EL HARIM Nadia
Médecine Générale
41, Rue Abou Zaid Padoussi, Ma
Casablanca - Tel: 05 22 22
INPE: 09195922

6 118000 160175

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets



buvable en sachet
poudre pour suspension



AUGMENTIN
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.

كبس...مرة في اليوم ويتغول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 126,30 DH
LOT: 650904
PER: 11/24



sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris, France

Fabricant / Manufacturer /
Sanofi Winthrop Industrie
المسماة
1, rue de la Ferme
Ambérieu-en-Bugey, France
33565 Carbon Blanc, France

Médicament autorisé /
Authorized medicine/
مصنوع
رقم:
34009 30653074

3582910 011910

PPV: 60DH10

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.

Store below 25°C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.
24 comprimidos revestidos

Composição:
Alfa amilase 3000 U. CEP
para um comprimido revestido.
Expediente com efeito
Importante:
amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.



24 COMPRIMÉS ENROBÉS/COATÉS TABLETS
ALPHA-AMYLASE 3000 U.CEP

MAXI DE GOREGE/SORÉ THROAT

Maxilase®