

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 073877

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1168 Société : Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUMAHDI Mohamed
 Date de naissance : 03/07/1952
 Adresse : 11 Rue Tanger Cite de l'Air
 Tél. 0666.03.41.67 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2023
 Nom et prénom du malade : Boumahdi Mohamed Age : 73
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : B.C. + fch. v. l'p
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 06/07/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
31/12/23			200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/12/23	7800

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

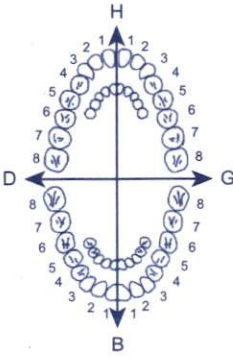
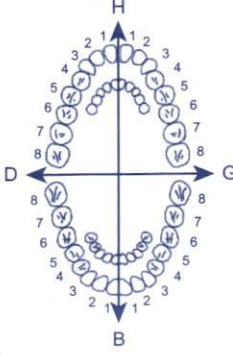
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</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		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



صيدلية الدروة PHARMACIE DEROUA

EL HAIK Fouad

PHARMACIEN

الحايك فؤاد

صيدلي

Deroua Nouaceur R. P. 7
entre Médiouna et Berrechid

N° 003627

الدروة النواصر ط ر 7

بين مديونة و برشيد

Tél. : _____

الهاتف : _____

Deroua, le

29/06/23

الدروة في

M

El Bounnech

السيد

Quantité	DESINATION	P. U.	TOTAL
1	Jeferal	4040	
1	Aliverne	5407	
9447			
PHARMACIE DEROUA EL HAIK Fouad Pharmacien Centre Commercial Deroua Tél.: 05 22 53 21 77 Fax: 05 22 53 25 10			

METEOSPASMYL® 8 20 caps molles
Alverine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg
- P.P.V. : 40,40 DH
Distribué par COOPER PHARMA
11, rue Mohamed Diouri - Casablanca

116001 100293

HIVERNEX® Sirop

Contre les troubles hivernaux

Forme et présentation :

Sirop de 150 ml
Sans sucre. Sans Alcool.

Composition :

Echinacée Purpurea, Cassis
feuille, I-Fluid Reine des prés,
Plantain Lancéolé, Gelée
Royale Bio, Acide
Ascorbique, Gluconate de
Zinc, Glycérine, Acide citrique,
Gom Acacia-Xanthane,
Potassium Sorbate,
Acésulfame de potassium,
Sucralose, Arôme Caramel,
Eau.

Propriétés :

Hivernex® sirop est composé
de plantes dont les propriétés
sont bénéfiques pour corriger
les symptômes hivernaux
(écoulement nasal, toux,
éternuement et fatigue)
Hivernex® sirop permet de
renforcer le système
immunitaire avec l'Echinacée,
Cassis, Vit C, Propolis, Zinc
et Gelée Royale.

Conseils d'utilisation :

Agiter avant utilisation
• Enfants à partir de 3 ans : 1 à
2 cuillerées à café trois fois par
jour.
• Adultes : 1 cuillerée à soupe,
3 fois par jour

Limites d'utilisation :

• Ne pas utiliser en cas
d'allergie ou d'intolérance à l'un
des composants.
• Ne pas laisser à la portée des
jeunes enfants.
• Ne remplace pas une
alimentation équilibrée.
• Une fois le flacon entamé, il
doit être utilisé dans le mois
suivant son ouverture.

Fabriqué par Phytéo
Laboratoires
Exploitant RAMOPHARM

Complément Alimentaire n'est pas un médicament



Echinacée Purpurea, Leaf
Cassis, I-Fluid Queen of the
Nectar
Royaume
Acide
Gluconate
Glycérine
Acide
Sorbate, Acesulfame
Potassium, Sucralose, Caramel
Flavor, Water.

Properties :

Hivernex® syrup is composed
of plants whose properties are
beneficial for correcting winter
symptoms (runny nose,
coughing, sneezing and
tiredness)
Hivernex® syrup helps
strengthen the immune system
with Echinacea, Blackcurrant,
Vit C, Propolis and Zinc
and Royal Jelly.

Dosage :

Shake before use
• Children from 3 years old: 1 to
2 teaspoons three times a day.
• Adults: 1 tablespoon, 3 times
a day

Limits of use :

• Do not use in case of allergy
or intolerance to any of the
components.
• Do not leave within the reach
of young children.
• Does not replace a balanced
diet.
• Once the bottle has been
opened, it must be used in the
month following its opening.

Produced by Phytéo Laboratoires
Exploitant RAMOPHARM

Dietary product is not a medicine

معلومات هيفرنكس

ضد الأعراض الشتوية
الشكل والتقديم : محلول من 10
ملل، بدون سكر وبدون كحول.

التركيب :

شتما بوربوريا، أوراق غيب العشب،
مملكة العسل الملكي، بلاتمين
لالولي، عضوي ملخي، حمض
الأسكوربيك، حامض الزنك،
غلوكونات، الجليسرين، حامض
الستريك، حامض أكاسيا زائفا
سوربات البوتاسيوم، أسيسولفا
بوتاسيوم، سوكراولوس، نكهة
الكراميل، ماء.

الخصائص :

يتكون هيفرنكس® محلول من نباتات
ذات خصائص مفيدة لتصحيح أعراض
الشتاء (سيلان الأنف والسعال والعلس
والتعب).
يساعد على تقوية جهاز المناعة مع
إشتماء، مستخلص أوراق كاسيس،
فيتامين سي، بروبوليس، الزنك
وإغذاء ملكات النحل.

كيفية الاستعمال :

يهرز قبل الاستعمال.
• الأطفال من عمر 3 سنوات :
1 إلى 2 ملعقة شاي.
• للبالغين :
1 ملعقة كبيرة، 3 مرات في اليوم.

حدود الاستخدام :

• لا تستخدم في حالة الحساسية أو
التعصب لأي المكونات.
• لا يترك في متناول الأطفال الصغار.
• لا يحل محل نظام غذائي متوازن.
• بمجرد فتح الزجاجات، يجب استخدامه
في الشهر التالي لفتحه.

صنع بمختبرات فيتيو
المستقل «راموفارم»

مكمل غذائي وليس دواء

Dr Amine Mohammed DAHIK

Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et Cou
Exploration et traitement de surdité
Vertige - Troubles de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie
Chirurgie de la thyroïde



د. أمين محمد ضاحك

إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
والحنجرة - الأذن - الوجه والعنق
تشخيص وعلاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير والحساسية
أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 3/7/2023

Boumohdi, Ahmed

Betaserc

15 x 21 x 18,

[Handwritten signature]

PHARMACIE DEROUA
EL HAIK Fouad
Pharmacien
Centre Commercial Deroua
Tél.: 05 22 53 21 77
Fax: 05 22 53 25 10

DR DAHIK AMINE MOHAMMED
ORL et chirurgie cervico-faciale
INP : 091216598

BETASERC 24MG
CP B30
P.P.V : 78DH00
LOT : 23E007
PER: 01 2026
5 118000 012641

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة
Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1^{er} étage - Deroua
Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.dahikamine@gmail.com