

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-801409

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12616	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN HAMZA Saïd Amine			
Date de naissance : 26-03-86			
Adresse : Harhoura			
Tél. : 06617800ff		Total des frais engagés : 677,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. Sidelkifit M'ly Cherif Médecin Généraliste N° 28, 1er étage, Av. Med Zarktouni Hay Nahda - Témara Tel. 0537 60 79 64-GSM: 0668 43 38 21 INRE : 101129757</p>			
Date de consultation : 26/05/2023			
Nom et prénom du malade : Ben Hamza Saim Amine Age:			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : rhinitis allergique + laryngite			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/05/2023

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
24 05 2023		6	160.00	INP : 11429/57 Dr. Sidélfiter M.D. Chirg Médecin Généraliste n° 28, 1er étage Av. Med Zarkaria Hay Nanda - Tamara T. 60 79 64. GSM: 0668 43 38 21 E-mail : 101229/57

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cahef du Pharmacien ou du Fourpisseur	Date	Montant de la Facture
	24/05/23	527.50

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

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

VOLET ADHERENT

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.															
	Dents Traitées	Nature des Soins	INP : <input type="text"/>												
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES															
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000		D		G		B	
	H	21433552													
	25533412	00000000													
	00000000														
	D														
	G														
	B														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000		D		G		B	
	H	21433552													
25533412	00000000														
00000000															
D															
G															
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'EXECUTION															

Dr. Sidi El Khiem Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale

De diététique Médical (Obési)

- De diabétologie

- Université de Montpellier (France)

الدكتور سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الشخص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونبولي (فرنسا)

PI-2026
23500710
07

RELAXOL 500MG/2MG

CP B20

P.P.V : 53DH10



6 118000 060833

Témara le

تمارة في

Nom: B.C. HOMZA

Age: Ans

Prénom: Somy Amis

T° C°

Poids: 75,0

TA:

75,0 ② Celebrex & Celeftil

53,10 ② Raloxifene 200 mg

② Relaxol 200 mg

40,00 ② Coloproctol 200 mg

160,00 ② - Claril 100 mg

99,70 x 2 = 199,40 mg x 2 = 0,02

② Larixtal 200 mg

52,70 ② 7471

Dr. Sidi El Khiem Cherif
Médecin Généraliste
N° 28, 1er étage, Av. Med Zarkouni
Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64
0537 60 79 64 GSM: 0668 43 89 21
0537 60 79 64 ICE : 104129757



رقم 28 الطابق الأول شارع مخدع الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64
N°28 1^{er} étage Av.Med Zarkouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64
GSM : 06 68 43 38 21 / 06 61 16 17 69 ICE : 001613243000095

كوتبرد®

برندزلون

(ميتاسلفونيزوات صوديك)

20 مل

20 قرصاً فواراً
قبل للكسر



Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de mètasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de mètasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 40DH00

PER : 12/25

LOT : L4234



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S.Rachouch - Pharmacien Responsable

CELEPHI® 100 mg

Célécoxib

0 Appr

20 Gélules

LOT: 011

PER: NOV 2023

PPV: 75 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

30 comprimés
Voie orale

LOT : 14522003
PER : 05/2027
PPU : 99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG  **Bilastine**



30 comprimés
Voie orale

LOT : 14522003
PER : 05/2027
PPU : 99,70 DH

LABIXTEN®
20 MG  **Bilastine**

