

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 000029201

Société : *17.09.78*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Cherif Racine Najia - Veille Sebahi HAJAJ*

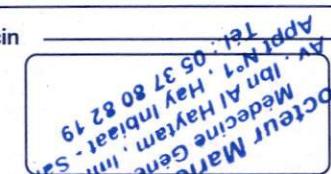
Date de naissance : 01/01/1953

Adresse : *HAY LIN BIAT RUE AIM SAFAE NR 151 S. B'*

Tél. : 06.42.90.17.66 Total des frais engagés : 515,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *24/07/2023*

Nom et prénom du malade : *Najia Cherka* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *maladie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *maladie*

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 : *Sale*

Le : *21/07/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Najia Cherka*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMMI HAMMI Neima 70, Av. Ibnou El Haylam Hay El Inbiat-Séle Tél: 037 80 76 61 INPE : 20228 452030228	24.7.23	395,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

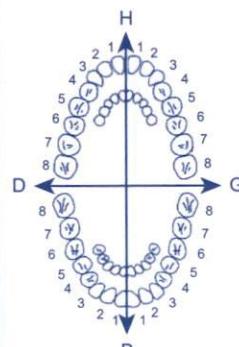
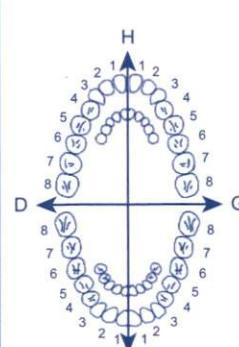
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mariem ICHAR

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

Diplômée en
Echographie générale



الدكتورة مريم إشار

الطب العام

خريجة كلية الطب

والصيدلة بالرباط

حاصلة على شهادة جامعية

للفحص بالصدى

طبيبة معتمدة للفحص الطبي من أجل رخصة السياقة

Salé, le : ٢٤/١٥/٢٠٢٣ سلا في

26.00 دينار نفسي دار

1) Tension artérielle

→ ٤٧ / ٦٨ مم مونتا

37.00

2) Dextrostatin

→ ٤٧ - ٣٦

3) cardiod ١٠٠

→ ٤٧ - ٢٩

4) D-Slim

→ ٤٧ - ٢٦

395.50

PHARMACIE HAMMI

HAMMI Naima

30, Av. Ibnou El Haytam Hay
Sala Salé Tel: 037 80 76 61

P.P.C : 89 DH
Dlou: Lot :
10/25 DS 10/22

APPEL N°: 05 37 80 82 19
Tél.: 05 37 80 82 19
Av. Ibn Al Haytma, Sla
Medecine Générale, Dr.
Mariem ICHAR

المرجو احترام وصفة طبيبك

حي الإنبعاث شارع ابن الهيثم زنقة بابل (زنقة 16) رقم 86 الطابق الأول (أمام صيدلية الفندقي) - سلا

الهاتف : 05 37 80 82 19

Ramipril

TECRAM® 10 mg



30 Gélules

TECRAM® 10 mg
Ramipril

55
1

Ramipril

TECRAM® 10 mg

Plus - Castañerica
Responsable

30
Gélules

Voie orale

PPV : 76DH00
PER : 12/23
LOT : K3747

Ramipril

TECRAM® 10 mg



30 Gélules

TECRAM® 10 mg
Ramipril

55
1

TECRAM®
Ramipril
10 mg

Plus - Castañerica
Responsable



Voie orale

PPV : 76DH00
PER : 12/23
LOT : K3747

Ramipril

TECRAM® 10 mg



30 Gélules

TECRAM® 10 mg
Ramipril

55
1

Ramipril

TECRAM® 10 mg

Plus - Castañerica
Responsable

30
Gélules

Voie orale

PPV : 76DH00
PER : 12/23
LOT : K3747

DULASTAN®

Paracétamol / Thiocolchicoside

500 mg / 2 mg



Voie orale
Boîte de 20 comprimés

DULASTAN®

500 mg / 2 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 360063

دولاستان® 500 mg / 2 mg

Boîte de 20 comprimés

علبة من 20 قرصاً

37,00

LOT : 230341
EXP : 04/2027
PPV : 41,50DH

UT.AV.:

PPV (DH):

كارترекс 100 ملغ

عن طريق الفم
20 قرصاً ملبيساً

كارترекс + المعلم = ممنوع



لا يستخدم من طرف النساء المولدة حلال الشهرة الثالثة
الأخيرة من المعلم.
لا يستخدم خلال النصف الأول والثاني من المعلم إلا في حالة
الضرورة المطلقة.

CARTREX® 100mg
20 comprimés pelliculés



6 118000 082736

COOPER
PHARMA

سيكلوفين

أقراص ملبيساً

صنعت بشخص لدى كبر فار
41، زنقة محمد الدبوري 10
أمينة الداودي : صيدلي مسـ