

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-003956

172834

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2930

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUCHTAH MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/08/2013

Nom et prénom du malade : SLMHAF

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Baht

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

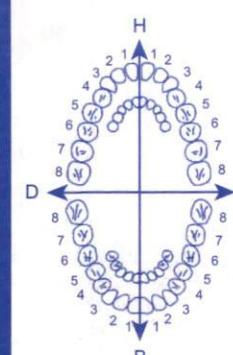
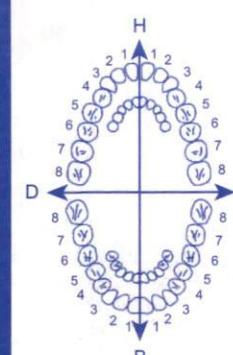
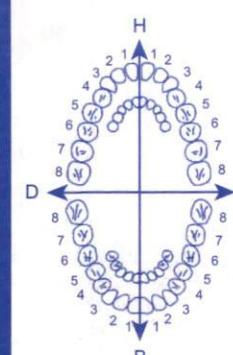
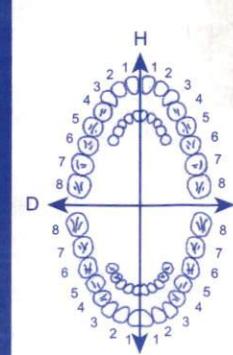
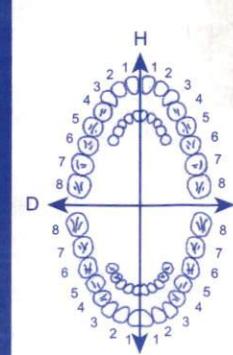
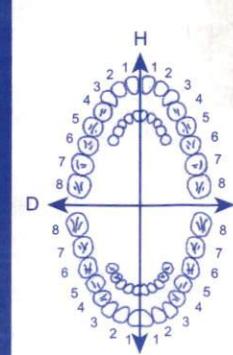
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																	
Dates des Actes 03/07/23	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires 120100	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes																																													
EXECUTION DES ORDONNANCES Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  Date 3/7/93 Montant de la Facture 303,90																																																	
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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DEBUT D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>FIN D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> </tbody> </table>					SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient						CCEFFICIENT DES TRAVAUX					MONTANTS DES SOINS					DEBUT D'EXECUTION					FIN D'EXECUTION					CCEFFICIENT DES TRAVAUX					MONTANTS DES SOINS					DATE DU DEVIS					DATE DE L'EXECUTION
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																													
				MONTANTS DES SOINS																																													
				DEBUT D'EXECUTION																																													
				FIN D'EXECUTION																																													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																													
				MONTANTS DES SOINS																																													
				DATE DU DEVIS																																													
				DATE DE L'EXECUTION																																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412 21433552	D	00000000 00000000		35533411 11433553	G		B		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																	
H	25533412 21433552																																																
D	00000000 00000000																																																
	35533411 11433553																																																
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																																																	

Médecine Générale
Ex. médecin Militaire
Diplômé en Echographie
Membre de l'Association Marocaine
des Echographistes



الطب العام
طبيب عسكري سابق
دبلوم في الفحص بالصدى
عضو في الجمعية المغربية
للفحص بالصدى

Casablanca, le 03/07/13 الدار البيضاء، في

LAMHAFA TOURNIS

1/ 157.00
levanax 1g (nk 164p)



2/ 176.30 Lop 2x150 g. 108p
vitamine C (S.V.)

'Pharmacie TAHIA.
N° 18 Bloc 22 Hay Lamiaa
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 0522 62 92 92 Patente 319900+4
Dr. BARKALLIL Anass
INPE: 0920551361

3/ 14.65 Lop 1/1 nk
Parental (S.V.)

DR. ABDELKARIM Driss
Médecine Générale
51, Rue 40 Ain Chifa 2
tel: 0522 28 44 25

4/ A cond 50 32.81 p 2x150
(S.V.)

1911 جم 3 سنت

51 Larazek 13-11-95
39,80 10-8-15



303,80

Dr. ABDELKrim Driss
Médecine Générale
51 Rue 40 Ain Chita 2
Tel: 0522 28 44 22

Pharmacie TAHĀ
N°18 Bloc 22 Hay Lamiaa
Hay Mohammadi Casablanca
Tél: 0522 62 92 92 Patente: 31990844
Dr. BARKALLIL Anass
INPE: 0920 5136

استعمال

الإستخدام

موانع الإستعمال

كيفية الإستعمال

مخصوص للبالغ والطفل ما فوق 15 سنة.

الجرعات - دراسن الإستعمال

أقصى عمر

15 سنة.

لآخر الشر

الإستخدام

متى ينجز

RESERVE A L'ADULTE ET A L'ENFANT DE PLUS DE 15 ANS.

POSOLOGIE - INDICATIONS - CONTRE-INDICATIONS -

MODE D'EMPLOI : Voir notice

Tube à conserver bien fermé à l'abri de la chaleur et

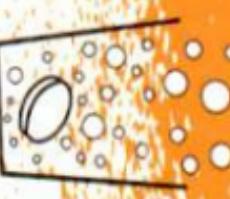
de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

400 mg

®
1000
مجم

فاز



Vita C 1000 ®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

Vita C 1000 ®

PPV 15DH30
0612025



دواعي الاستعمال - مواعي الاستعمال : انظر النشرة.

الجرعات : حسب إرشادات الطبيب

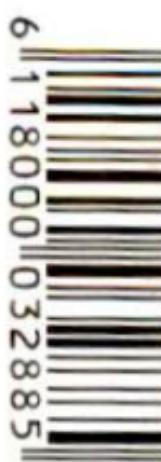
يعجب حفظ الأذيبوب مغلفا في درجة حرارة لا تتعدي 30 درجة
مئوية و بعيدا عن الرطوبة.
يعجب حفظ بعيدا عن متداول و مرأى الأطفال.

تركيبة الدواء :
اموكسيسلين (على شكل تريبيورافي) 1 غ
حامض كلافوليك (على شكل كلافولونات البوتاسيوم) 125 ملجم
السواء ما يكفي لفوس واحد فائز
نسبة أموكسيسلين / حامض كلافوليك : 1/8

تحتوي هذه العلبة على 16 غ من الأموكسيسلين و 2 غ من حامض كلافوليك.
الساقيات المعروفة بتاثيرها : الأسبراتام - الصوديوم - البوتاسيوم
مختبرات الصيدلية الشامل إفريقي - 21. زنقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

LEVAMOX®

16 comprimés effervescents 1g/125mg



Laprophan
لبروفنان

21. زنقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

لابرو
اموكسيسلين

اموكسيسلين + حامض كلافوليك

1 غرام / 125 ملخ

16 قرصاً مدارياً

Laprophan
لبروفنان

LEVAMOX® 1g 16 COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS

PPV 157DH00
LOT 260202

LOT : 221589
EXP : 11/2024
PPV : 77.20 DH

UT.AV.: LOT N°: PPV (DH):



ACARD®
Lisinopril (DCI) potassium
50 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 340669

Laroxyl®

Amitriptyline

PPV: 39DH80

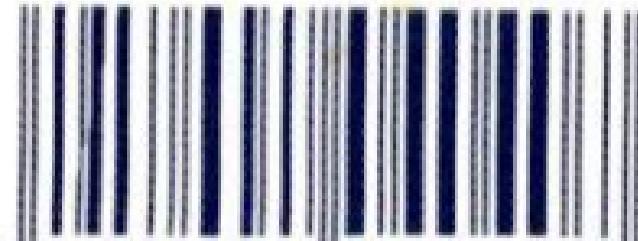
PER: 02/26

LOT: L4246

Laroxyl® 40 mg/ml ○

Amitriptyline

Gouttes buvables 20 ml



6 118001 040407



Fabriqué par bottU s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

100161

02/15