

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.

N° W21-772268

Autorisation CNDP N°: A-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10515	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionnée	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KAMAL EL Guengane			
Date de naissance : 29/11/1975			
Adresse : Habituelle			
Tél. : 06.68.11.96.88 Total des frais engagés : 504,50 Dhs			
Cadre réservé au Médecin : DR BOURKADI FATIMA ZHRA PNEUMO-PHTISOLUGUE 50 Rue Abbas Mahmoud Al Akkad Etg 1 Appt 1 Tel: +212 522 291 818 GSM : 06 15 73 17 88 Casa			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08/09/2023			
Nom et prénom du malade : SL El Guengane Mohamed taha Age : 18ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affection respiratoire			
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 Le : 08/09/2023			
Signature de l'adhérent(e) :			



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
09/08/2023	TRAQU	1	300 DA	INP : INPE : 91145235 Dr. BOURKADI FATIMA ZHRA PNEUMO-PHTISOLUGUE 50 Rue Abbas Mahmoud Al Akkad El 1, Arrt 1, Tel: +212 522 291 818

EXECUTION DES ORDONNANCES : 06 15 73 17 88 Casa

Nom du Pharmacien Nom du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/23	204.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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

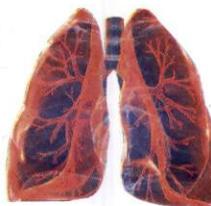
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D 35533411 11433553 00000000 00000000 G B			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				

Dr. Fatima Zhra BOURKADI

فاطمة الزهراء بورقادى

Spécialiste des maladies Respiratoires
Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie
Apnées du sommeil et ronflement



اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى
الضيقه - السل - الحساسية

Casablanca le : ٢٠١٣/١٢/٢٣

EL GUERGAAN ASTANTE TATA

60.00

١/ AZ 500 ق.

INPE 092058460



47.80

٢٤١) × ٥٣ج

PHARMACIE ZIRAOUI
Dr. HIRCHI Maria
238, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca
Tél: 07 00 89 90 19



2310

٢٤١×٣١ج × ٥٧ج

٤/ ERAS ٤٨

١٤١ج × ٥٨ مم



زنقة عباس محمود العقاد الطابق الأول الشقة 1 شارع أنفا
الهاتف : +212 615 731 788 - الهاتف النقال : +212 522 29 18 18

50, Rue Abbas Mahmoud Al Akkad 1er Etage, Appt 1 Bd Anfa
Tél : +212 522 29 18 18 - GSM : +212 615 731 788

4/ Humees Co.

S.V

2350

204.50

16x31; el-va feluk le fai

x 140

Tel: 07 00 89 90 19

236, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca
Dr. HAFIDH Muraï
PHARMACIE ZIRAOUI

Dr BOURKADI FATIMA ZHRA
PNEUMO-PHTISOLUGUE
50 Rue Abbas Mahmoud Al Akkad
Etg 1 Appt 1 Tel: +212 522 291 818
Gsm : 06 15 73 17 88 Casa

إيرلوس® 5 ملغ

ديسلوراتادين

حبة
ملبسة
28

عن طريق الفم



PPV
LOT
PER

Composition :

Desloratadine 5 mg

Excipients q.s.p un comprimé

Excipient à effet notoire : Ethanol

Mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

351155-05

AMM N° 615/DMP/21/NRQ

Erlus® 5 mg

28 Comprimés Pelliculés



6 118000 180876

01/18
SANTÉ

28 Comprimés Pelliculés
Desloratadine

Erlus®
5 mg

28 Comprimés
Pelliculés

Voie Orale



liste II uniquement sur ordonnance

Respecter les Doses Prescrites



Laboratoires SYNTHEMEDIC
29-32, Rue Zoubeli Beno El Aouam
Roches Noires - Casablanca

08

المكونات :
ديسلوراتادين 5 ملغ

السواغات ما يكفي قرص واحد

سواخ معروف التأثير: اثاثول

تحذيرات خاصة :

إقرأ النشرة بعناية قبل الاستعمال

لا يترك في متناول و يضر الأطفال

78x34x25

Boîte de 3 comprimés
Voie Orale



Azithromycine
500 mg



Composition :

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

مخترنات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV. : 60,00 DH
Barcode
6 118000 190097

45x20x100
2

AZ
Boîte de 3 comprimés
500 mg
Azithromycine
®
غالينيكا

علية من 3 أقراص
عن طريق الفم

أزيثروميسين

500 ملخ

G
غالينيكا

أَزِيد

الإرشادات - حالات عدم الاستعمال - المقادير وكيفية الاستعمال : إقرأ البيان داخله
Indications - Contre-indications - Posologie et mode d'emploi : lire notice intérieure.

يحفظ بعيداً عن الرطوبة

Conserver à l'abri de l'humidité

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

Liste I - Uniquement sur ordonnance

احترموا المرعوقات المحددة
Respecter les doses prescrites

E AZ B B 2 V FA 02