

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-826162

184282

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13077

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SERCHINI MOHAMED KARIM

Date de naissance : 15/02/1992

Adresse : 185, CH 13 AppT 7 ALFIRDAUS Casablanca

Tél. : 0675684338

Total des frais engagés : 46860

Dhs

Cadre réservé au Médecin

MEDECIN TARIQ BOUDILI NAIMA
MEDECINE GENERALE
Médecin Assermenté Pres les Tribunaux
Marocains
N° 031 NORDI - RABAT - Tél : 0537 75 79 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2023

Nom et prénom du malade : Mohamed KARIM

Age : 31 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

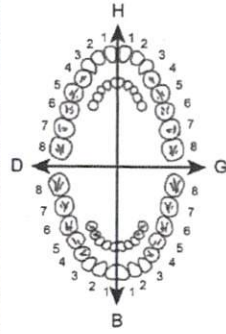
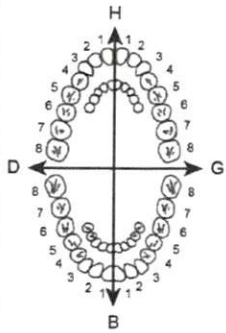
VOLET ADHERENT

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
02/11/23	C1	1	268,60	INP : 1101133427 TARIQ BOUDILI NAIMA Médecin ASSOCIÉ Département des Tribunaux N° 12 MAROC - RABAT Tél: 0537 75 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/23	268,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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

Docteur TARIQI NAIMA
 Médecine Générale
 médecin Experte assermentée
 auprès des Tribunaux Marocains
 Diplômée d'échographie Générale

الدكتورة الطارقي نعيمة
 الطب العام
 طبيبة خبيرة محلفة
 لدى المحاكم المغربية
 حائزة على دبلوم الإكوغرافي العام

Rabat Le : 02/11/2023

SERGEIM
 Mohamed KARIM

51.40

Speetee 200

57.10

200mg
 (Zyli)

65.10

Ulfaleme

95.60
 Extra

Pharmacie دار السلام
 GUEDIRA ADIBA
 Epouse KARAKACHOU
 607, Hay Ennahda, N°1
 Rabat - Tél: 0537 75 4111

DOCTEUR TARIQI BOUDILI NAIMA
 MEDECINE GENERALE
 Médecin Assermenté Prés les Tribunaux
 Marocains
 N°607 Nahda1 - RABAT - Tel. 0537 75 4111

N°607, Rue Bani Jaber, Hay Nahda1, au dessus du Pharmacie Dar Essalam - Rabat

رقم 607 زنقة بني جابر، حي النهضة 1، فوق صيدلية دار السلام - الرباط

- Carbosod

2 gel.

DOCTEUR TARIQ BOUDILI NAIMA
MEDECINE GENERALE

Medecin Assermenté Pres les Tribunaux
Marocains

N° 607, Nahdal - RABAT - Tel. 0537 75 79 22

Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP :
صالح لغاية:

1176 12 2022 12 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



أولترا-لوفير[®]



CNCM 1-745 ساكاروميسيس بولاردي

دواء بروبيوتيك

BIOCODEX
Maroc

كسولات
250 ملغ
20



Extramag[®]

TRIPLE ACTION

**1 PRISE
/JOUR**

Soit 100 % des AJR*

• **MAGNÉSIUM MARIN**

¹Participe à la résistance au **STRESS**

• **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

²Contribuent à réduire la **FATIGUE**

• **VERVEINE**

• ³Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



**COOPER
PHARMA**

30 Comprimés tri-couches

Complément alimentaire Poids net : 31.5 g

Date de fabrication :

A consommer de

préférence avant fin :

N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

12/2023
12/2025
0722010

V002 - 01/21

ELEXMAC30CP



3 760162 579741



5140

250 ملغ
عن طريق الفم



سبيكتروم[®]

سيبرفلوكساسين

10 x

أقراص ملبسة



SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER

سبيكتروم + الحمل = خطر

Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يستحسن تجنب استعمال سبيكتروم أثناء الحمل



COOPER
PHARMA

مدة ١٢ ساعة
صباح ٦ زوال ٢ مساء

جدول (لائحة 1) / Tableau A (Liste I)

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

من صنع / Fabriqué par



COOPER
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca

41. زقة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

Pharmacien responsable :

Amina DAOUDI

Spectrum[®] 250 mg
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081449

CI:6357



30 comprimés

Prednisolone
Isolone® 20 mg

LOT 230453 1

EXP 01 2028

PPV 57 10



إيزولون®
بريدنيزولون



ISOLONE 20 mg
30 comprimés



AMM N° 65 DMP/21/NCN



6 118000 020806