

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

- Réclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-775705

par Zouayi

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1161 Société : RAZ			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : ESSAM ALI MOHAMMED			
Nom & Prénom : ESSAM ALI MOHAMMED			
Date de naissance : 30 Jan 1986			
Adresse : Jasmina 1182 APENI WIFAK TEMARD			
Tél. : 06 61 134122 Total des frais engagés : 799,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BOUALILA Fadma Age : 28/3/53	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : 29/12/2013 Le : 29/12/2013

Signature de l'adhérent(e) : A.M.

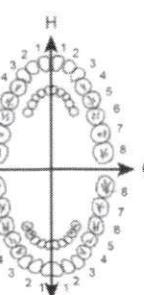
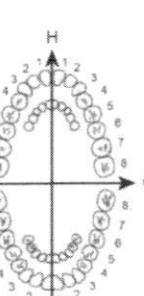


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/11/2023	(g)		250,00	10/11/2023 Le Dr [Signature] L'ensemble de la somme versée au Dr [Signature] le 10/11/2023. Le Dr [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrier	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SANTÉ AL WIFAK 97, Lot. Wifak, Rue Alassanmouh TEMARA CP 1554 TUNISIE	29/12/23	549.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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
		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 canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B	B													
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		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														

Cabinet
Pneumologie -
Allergologie
Dr. Naaima ZEMED

Maladies respiratoires, Asthme et Allergie, Tuberculose, Sevrage Tabagique et Pathologie liée au Sommeil

Ancien médecin des hôpitaux universitaires Avicenne, Moulay Youssef et l'hôpital militaire de Rabat.



عيادة
أمراض الجهاز التنفسي
و الحساسية
د. نعيمة زمدة

أمراض الجهاز التنفسي، الربو والحساسية، السل، الإللاع عن التدخين والأمراض المتعلقة بالتنفس

طبيبة سابقة بمستشفيات مولاي يوسف، ابن سينا والمستشفى العسكري بالرباط

Témara, le 29/12/2023 تمارا، في

Mme. BOUALILA

Fadma

- ✓ 185,00 ₣
1) Sofn 250mg 268 + 21 ₣ polt 03 Semaine
- ✓ 170,00 ₣
2) Ofiken 200mg 1 g x 2 ₣ polt 08
- ✓ 30,00 ₣
3) Prospon 1 a 5 x 3 ₣ polt 08
- ✓ 37,00 ₣
4) Duoxol 1 g x 3 ₣ polt 05 جون
- 5) Phytomer Eucalyptus 1 g x 3 ₣ polt 08

549,00 ₣

549,00 ₣

شقة 9 (الطابق الثاني)، شارع ريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.
Appt 9 (2^{eme} étage), Avenue Abdelkrim Al Khattabi, lot 3124, Al Wifak, Témara.
☎ 05 37 62 71 71 ☐ dr.n.zemed@gmail.com

PHYSIOMER®

Ανακούφιση
σε μόλις 3 λεπτά

Ενήλικες - Παιδιά
από 6 ετών

Ρινικό Σπρέι

Αποσυμφορητικό

Ανακούφιση από το κρυολόγημα

Ευκάλυπτος

Με αιθέριο έλαιο
Ευκαλύπτου
Eucalyptus globulus



• Ανακουφίζει από τη ρινική συμφόρηση που οφείλεται σε κρυολόγημα και ιγμορίτιδα

• Βοηθά στην καταπολέμηση της μόλυνσης*

• Προσφέρει ευχάριστη αίσθηση ανακούφισης και φρεσκάδας

Φυσική Σύνθεση

- Υπέρτονο θαλασσινό νερό με αιθέριο έλαιο Ευκαλύπτου (*Eucalyptus globulus*)
- Χωρίς συντηρητικά

135 ml

 laboratoire
de la Mer

IMPORTER & DISTRIBUTOR:

العنوان

S.I.C.

استقرار شركه ستار للتجاره والدواء

Bldg n°56 - Street 104
Maadi - Cairo - Egypt
Registration n° 731/2001

BOTTU SA

PPC : 127 DH 00



3 564300 001046

LOT

W

U

10012375



2023-05

2026-04



Paracétamol / Thiocolchicoside

500mg/2mg

Voie orale

Boîte de 20 comprimés

POLY MÉDIC

DUOXOL 500mg/2mg

Boîte de 20 comprimés

دوكلول 500/2

علبة من 20 قرصاً

37,00

PROSPAN®

Sirop Traitement de la toux

Bien agiter avant utilisation.

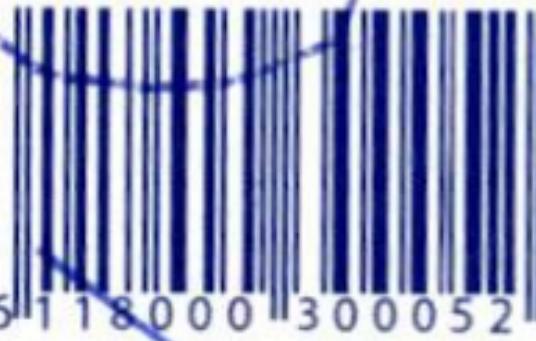
Pour plus d'informations, lire attentivement la notice.

Ne pas laisser à la portée et à la vue des enfants.
À conserver à une température inférieure à 25°C
et à l'abri de l'humidité.

AMM N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM

PROSPAN® Sirop 100 ml

PPV : 30.00 DH



Laboratoires
K.PH



ENGELHARD
ARZNEIMITTEL

LABORATOIRES KOSMOPHARM

272, Lotissement Lina, Rue 5 - Z.I.
Sidi Maârouf 20550 Casablanca - Maroc
www.kosmopharm.com

Sous Licence **ENGELHARD** - Allemagne

Cipla **SALMÉT**
Salmétoïde

DURÉE MATIN MIDI SOIR



SAFLU®

LOT: GB21771
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

Cipla
Etiquette

أوفيكين®
cefixime
ملاع 200 mg



Ofiken®

Céfixime

200 mg



16 Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 231087

EXP 03 25

PPV 170.00 DH

170,00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

