

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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

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 : 3270 Société : RAH.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SKIREDJ LETLA

Date de naissance : 05/04/1958

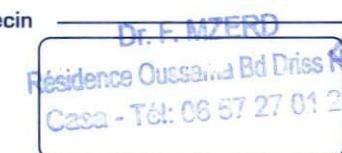
Adresse : RESIDENCE ANDALOUSSIA I 443 N°1

CA SABLANCA

Tél. : 06 41 62 71 78 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 SEPT 2019

Nom et prénom du malade : Mme SKIREDJ LETLA Age :
(Signature manuscrite)

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : grippe, MIA ; gout

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
(Signature manuscrite)

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 : 05/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : ZEDDAD

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
15. SEPT. 2019	PUL		100.00	Dr. F. MZERD Résidence Cussac 13 Bd Dassault Cess - Tel: 05 57 92 07 52

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		1390.30 DK

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
	H	G		MONTANTS DES SOINS
	D	B		DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	G		MONTANTS DES SOINS
	D	B		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

ORDONNANCE

CASABLANCA le

05 SEPT 2019

Mr/Mme Mme SKIREDT LEILA

(TRAITEMENT 03 MOIS)

21.6-X)

① LEVOTHYROX 100 mg.

1 cp 1/2 heure avant le déjeuner

12.7-X)

② IRVEL 150mg.

1 cp matin.

12.6-X)

③ CILENTRA 10mg.

1 cp par jour.

12.7.6-X2

④ KERLONE 20mg.

2/2 cp soir

6.3.20

⑤ ZYLORICE 300 mg.

1 cp par jour

14.3.20

⑥ DOROKET 200mg

1 cp matin 1 cp 10H

3.0.20

⑦ OEDES 20mg.

1 cp par jour

31.7-X)

⑧ ALERRAZ 0,5mg

1 cp soir

13.9.0,300H

Cachet du médecin

* PHARMACIE F. NZERO
Résidence Ouarzazate Bd Driss Kettani
Casa - Tél: 06 57 27 01 23

28 comprimés sécables

ج.م.س.ج.ع. ج.ع. ل.ج. 28

Alprazolam
Alpraz 0,5 mg

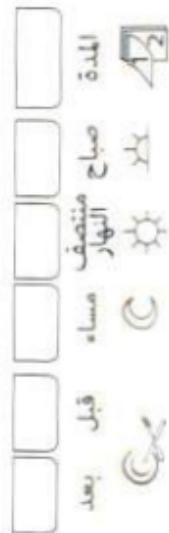
البرازولام
البرازولام



0,5
ملبغ



28 قرصاً قبل النوم
عن طريق



E	O	T	1	9	1	1	3	3	1
F	Y	P		0	5	2	0	2	
D	R	V				3	5	7	0

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables

35,70



6 118000 020530

سوطليما
othem

28 comprimés sécables

ج.م.س.ج.ع. ج.ع. ل.ج. 28

Alprazolam
Alpraz 0,5 mg

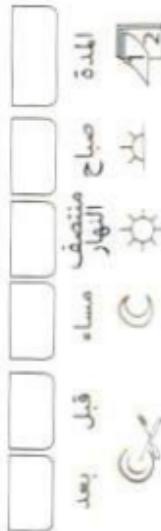
البرازولام
أَلْپِرَازُولَام
البرازولام



0,5
ملبغ



28 قرصاً قبل النوم
عن طريق



E	O	T	1	9	1	1	3	3	1
F	Y	P		0	5	2	0	2	
D	R	V				3	5	7	0

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables

35,70



6 118000 020530

سوطليما
othem

28 comprimés sécables

ج.م.س.ج.ع. ج.ع. ل.ج. 28

Alprazolam
Alpraz 0,5 mg

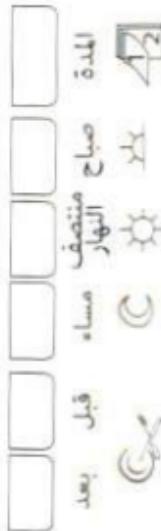
البرازولام
أَلْپِرَازُولَام
البرازولام



0,5
ملبغ



28 قرصاً قبل النوم
عن طريق



E	O	T	1	9	1	1	3	3	1
F	Y	P		0	5	2	0	2	
D	R	V				3	5	7	0

Alpraz® 0,5 mg

28 comprimés sécables

35,70



6 118000 020530

سوطليما
othem

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا®

إسيتالوبرام

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملء

28 قرصاً ملبيساً قابلاً للكسر
عن طريق الفم

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا®

إسيتالوبرام

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملء

28 قرصاً ملبيساً قابلاً للكسر
عن طريق الفم

Importé par:

SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, Avenue Hassan 1^{er},
20070 Casablanca.

Fabriqué par :

SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
Inde

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا®

إسيتالوبرام

CILENTRA® 10 mg

Boîte de 28 Comprimés
pelliculés sécables



6 118001 300303

10 ملء

28 قرصاً ملبيساً قابلاً للكسر
عن طريق الفم



السيatic - فنا
AFRIC-PHAR



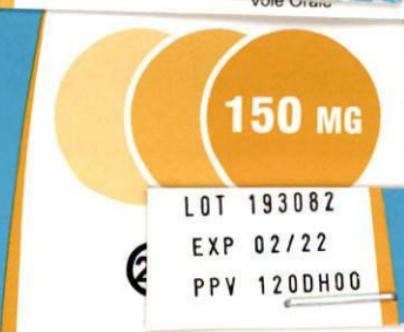
السيatic - فنا
AFRIC-PHAR



السيatic - فنا
AFRIC-PHAR



IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés
6 1118000 071907



IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés
6 1118000 071907



IRVEL 150 mg 28 comprimés pelliculés
6 1118000 071907

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات الموصوفة

Tableau A (Liste)
جدول أ (قائمة)

Uniquement sur ordonnance.
لا يصرف إلا بموجب وصفة طبية.

Ne laisser ni à la vue ni à la portée des enfants.
يحفظ الدواء بعيداً عن رؤية و متناول الأطفال.

سوطيماس
sothema

Fabriqué et distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspfen

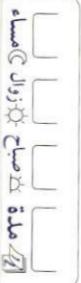
43,90

ZYLORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP/2 INTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMQ



6 118000 022275

COOPER



7 X

حببات صامدة للعصارة المعطرة في برماناد

LOT 181761
EXP 08/2021
PPV 30.00DH

OEDES 20mg
7 gélules



6 118001 100064

20
دواعي
دواعي



أوكيدازول
OEDES