

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.



Declaration de Maladie

N° W19-474682

☐ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 2074 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR M.HMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 11872596 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 OCT. 2019

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-474682

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux														
				Montant des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	00000000		35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
00000000	00000000																	
G																		
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>															
			Fin d'exécution <input type="text"/>															
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																



P 14/0038270

DATE DE DEPOT

15 / 10 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2074
Nom & Prénom		BENATAR M'HAMMED
Fonction	Retraité	Phones 06 11 87 25 96
Mail		mohammed.benatar88@gmail.com
MEDECIN	Prénom du patient BENATAR M'HAMMED	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age 15/07/1953		Date
Nature de la maladie		Date 1ère visite
bambin névrosé		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
NON		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	consultation	300 dh
PHARMACIE	Date 25/07/19	
Montant de la facture	175000	
PHARMACIE TENNIS Dr CHAKI Zin-Eddine Route Magnia B3 - N°19 Tél : 05 38 69 06 02 - OUJDA		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
	300 dh	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

ORDONNANCE

PHARMACIE TENNIS
Dr CHAKI Zia-Eddine
Route Mehnia B3 - N°19
Tél : 05 36 69 06 02 - Oujda

Oujda, le :

25/04/2019

- ☐ ANESTHESIE - REANIMATION
- ☐ CARDIOLOGIE
- ☐ CHIRURGIE GENERALE
- ☐ CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- ☐ CHIRURGIE INFANTILE
- ☐ CHIRURGIE THORACIQUE
- ☐ CHIRURGIE VASCULAIRE
- ☐ ENDOCRINOLOGIE
- ☐ GASTRO - ENTEROLOGIE
- ☐ GYNECO - OBSTETRIQUE
- ☐ MEDECINE GENERALE
- ☐ MEDECINE INTERNE
- ☐ NEUROCHIRURGIE
- ☐ NEUROLOGIE
- ☐ OPHTALMOLOGIE
- ☐ ONCOLOGIE MEDICALE
- ☐ O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- ☐ PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- ☐ PNEUMOLOGIE
- ☐ TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- ☐ UROLOGIE
- ☐ URGENCES

M. BENMAR MAMMO

$$29400 \times 4 = 117600$$

1 - Spinel 1cr

1 - G - G

$$2260 \times 18 = 40680$$

2 - Topivane 600

1 - G - 2

$$4180 \times 4 = 16720$$

3 - Mobic 400

1/2 - G - G

1/2 - G - 1/2

1/2 - G - 1/2

T: 175000

CLINIQUE AL IRFANE
MULTIDISCIPLINAIRE



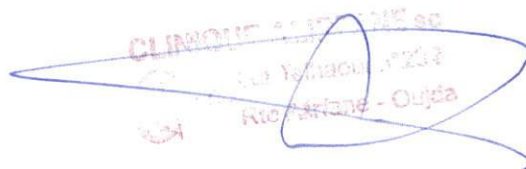
مصلحة العرفان
مصلحة التخصصات

FACTURE N°004766/2019

Nom & Prénom du bénéficiaire : <u>mhammed benamar</u>	
DATE 25/07/2019	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
<u>CONSULTATION</u>	<u>300.00DH</u>
TOTAL	300.00DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENTS DIRHAMS

Lot talhaui N232 rte al Irfane Oujda Maroc
, tél : 0536532020/FAX : 0536533954 N° CNSS : 9830789
patente n° 11277319 Email : cliniquealirfane@gmail.com
N° de IF : 14413857 ICE : 001713657000067



Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



40 mg

PROPRANOLOL

AVLOCARDYL®

44.80



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



40 mg

PROPRANOLOL

AVLOCARDYL®

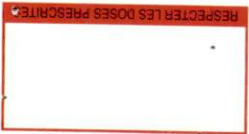
44.80



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance



40 mg

PROPRANOLOL

AVLOCARDYL®

44.80

Sifrol® 0,52 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 0,75 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 0,52 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/017

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 0,75 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوافق 0,52 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة

كونوا حذرين
لا تسوفوا بدون استشارة مختص في الصحة (سوف 2)
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

NIVEAU 2



6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02

294,00

Sifrol® 0,52 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 0,75 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 0,52 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/017

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 0,75 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوافق 0,52 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة

كونوا حذرين
لا تسوفوا بدون استشارة مختص في الصحة (سوف 2)
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

NIVEAU 2



6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02

294,00

Sifrol® 0,52 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 0,75 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 0,52 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/017

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 0,75 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوافق 0,52 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة

كونوا حذرين
لا تسوفوا بدون استشارة مختص في الصحة (سوف 2)
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

NIVEAU 2



6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02

294,00

Sifrol® 0,52 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 0,75 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 0,52 mg de pramipexole.

Voie orale.

Avaler les comprimés entiers, ne pas mâcher, couper ou écraser. Lire attentivement la notice avant utilisation.

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

À conserver dans l'emballage extérieur d'origine à l'abri de l'humidité.

Médicament soumis à prescription médicale.

EU/1/97/050/017

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 0,75 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوافق 0,52 ملغ من البرامبيكسول.

عن طريق الفم

ابتلع الأقراص بأكملها دون مضغها، قطعها أو سحقها.

يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

لا تترك هذا الدواء في متناول أو تحت أنظار الأطفال.

يحفظ داخل التغليف الخارجي الأصلي و بعيدا عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسليم وصفة طبية.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة

كونوا حذرين
لا تسوفوا بدون استشارة مختص في الصحة (سوف 2)
Soyez très prudent
Ne pas conduire sans l'avis d'un professionnel de santé

NIVEAU 2



6 118001 040599
SIFROL 0,52 mg
(Pramipexole)
Comprimé à libération prolongée
Boîte de 30

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00

300205-02

294,00