

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

- 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



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'HAMED
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 06 11 87 95 96 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

MUPRAS

16 OCT. 2019

ACQUET

Nom et prénom du malade :
 Lui-même Conjoint Age :
 Enfan

Lien de parenté :

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'adjudicant 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 ADHÉRENT	MUPRAS
Déclaration de maladie	16 OCT. 2019
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.	
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : <u>2074</u>	Nom de l'adhérent(e) : <u>BENAMAR M'HAMED</u>
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
				Coefficient des travaux <input type="text"/> 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																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>25533412 00000000</th> <th>21433552 00000000</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		D	25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553	
H		G																		
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																		
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>																		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 2074	
Nom & Prénom: BENAMAR M'HAMMED			
Fonction: Retraité	Phones: 06 11 87 25 96		
Mail: benamar.mohammed.18@gmail.com			
MEDECIN	Prénom du patient: BENAMAR M'HAMMED		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age: 13/07/1953
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<i>bon état général</i>		<i>13/07/1953</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<i>NON</i>	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
		<i>consultation 300 dh</i>	
PHARMACIE	Date: 28/07/19		 PHARMACIE TENNIS Dr CHAKI Zin-Eddine Route Marnia B3 - N°19 Tél : 05 38 69 06 02 - OUJD
Montant de la facture	<i>17500</i>		
<i>28/07/2019</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date: 28/07/19	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		<i>300 dh</i>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date: 28/07/19	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

ORDONNANCE

PHARMACIE TENNIS
Dr CHAKI ZIN-Eddine
Route Maghnia B3 - N°19
Tel : 05 36 69 06 02 - OUJDA

Oujda, le : 05/09/2014

- 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

Dr Bassine MEBROUK
en Neurologie
Faculté de Médecine
et d'Infirmierie d'Oujda

7, Bd. Jalloul Mohamed Hay Al Irfan - OUJDA - MAROC

Tel : 05 36 53 20 20 - Fax : 05 36 53 39 54

E-mail: cliniquealirfane@gmail.com

ICE : 001710097000060 - Patente : 11277319 - I.F : 14413857

Mr BENSAID M'hamed

$$29400 \times 4 = 117600$$

1 - Sphel 500

D — G — O

$$2260 \times 18 = 40680$$

2 - Topiramate 100 mg

D — G — L

$$4180 \times 4 = 16720$$

3 - Mebendazole 100 mg

D — G — O 50

D — C — Y

D — G — Y

175000

100

100

FACTURE N°004766/2019

Nom & Prénom du bénéficiaire : mhammed benamar

DATE 25/07/2019

<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
<u>CONSULTATION</u>	<u>300.00DH</u>
<u>TOTAL</u>	<u>300.00DH</u>

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

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

*CLINIQUE AL IRFANE
N° 232
Rte de Talaoui N° 232
RIO Oujda - Oujda*

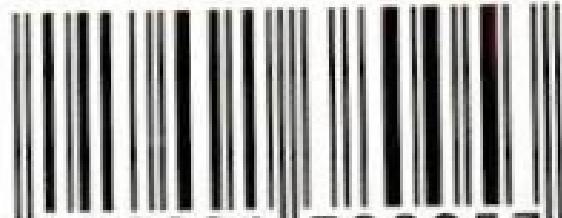
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

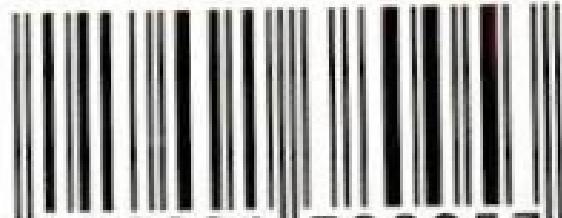
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

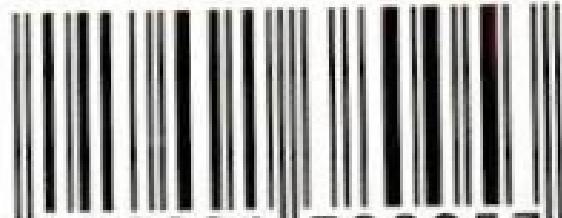
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

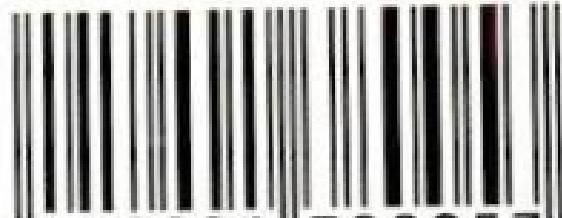
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

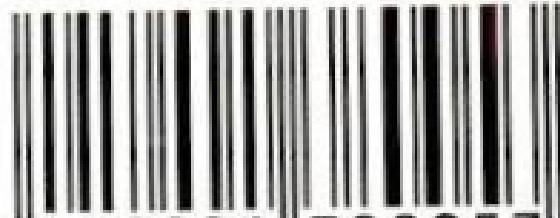
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

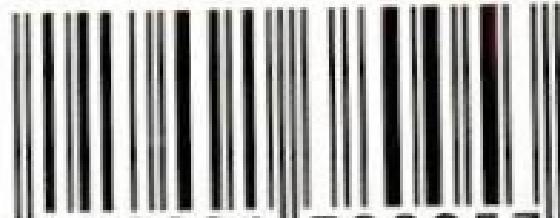
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

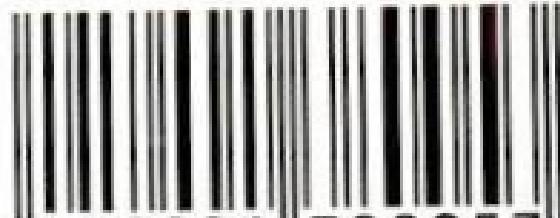
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

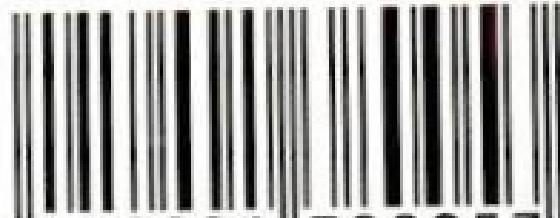
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

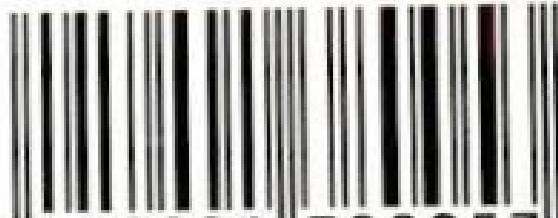
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

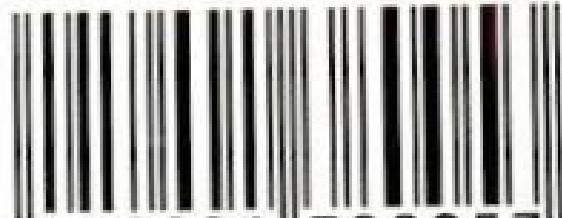
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

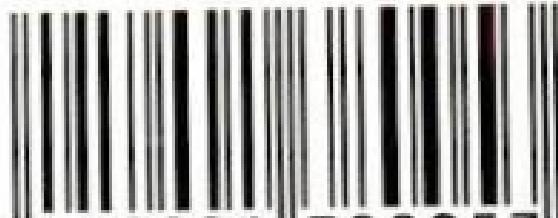
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

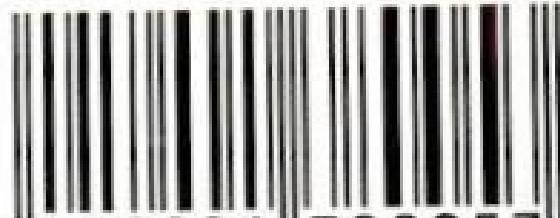
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

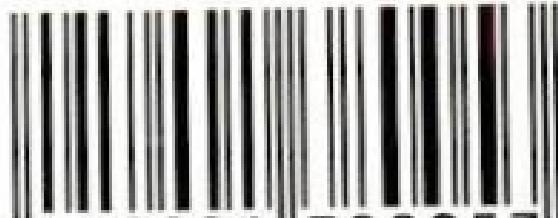
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

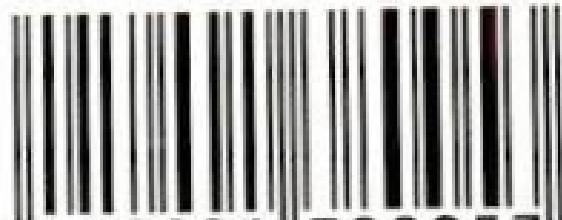
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

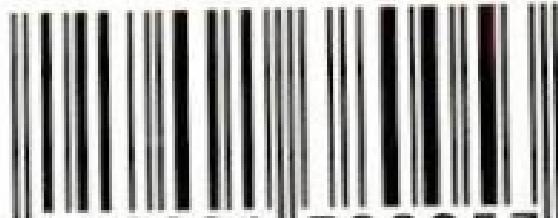
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

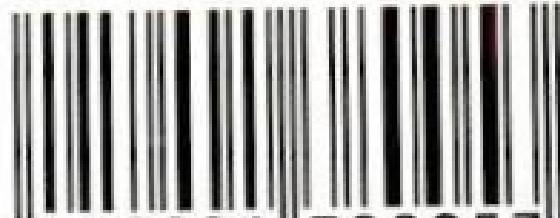
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

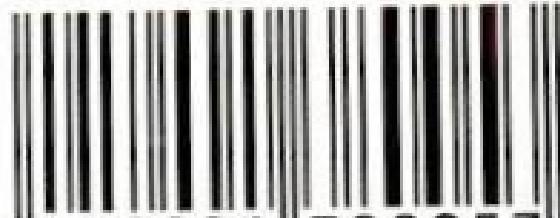
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

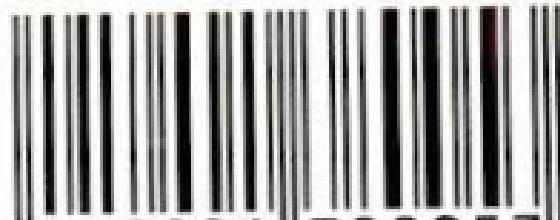
Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PD0407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60

6 118000 010227



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPÉCTER LES DOSES PRÉSCRITES



40 mg PROPRANOLOL

AVLOCARDYLYL®

44,80

6 118000 010227



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



40 mg PROPRANOLOL

AVLOCARDYLYL®

44,80

6 118000 010227



50 comprimés sécables

AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES



40 mg PROPRANOLOL

AVLOCARDYLYL

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 البراميبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 0,52 ملغ من البراميبيكسول.

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 بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين

لا تسمعوا على استئناف مفتوح في المصحة/مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

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 البراميبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 0,52 ملغ من البراميبيكسول.

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 بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين

لا تسمعوا على استئناف مفتوح في المصحة/مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé



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 البراميبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 0,52 ملغ من البراميبيكسول.

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 بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين

لا تسمعوا على استئناف مفتوح في المصحة/مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

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 البراميبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 0,52 ملغ من البراميبيكسول.

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 بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/017

دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونوا حذرين

لا تسمعوا على استثناء مقتضى الصحة/مستوى 2

Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

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