

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.

adiologie 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.

éducation :

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.

entaire :

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

Déclaration de Maladie : N° P19-0004323

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5575**

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **CHAIFI ABDELLATIF**

Date de naissance : **14-09-59**

Adresse : **Loyer en El Aouarri Rue 64. 48-Aouarri**

Tél. : **06 20 13 42 23**

Total des frais engagés : **564.90 + 200.00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. HICHAM Rachid
Dr. Médecine Générale
Med Tansit Cite El Oued
05 27 19 43 96**

MUPRAS

29 OCT. 2019

Date de consultation : **20.09.2019**

Nom et prénom du malade : **BENBAKI RAOUFI**

ACCUEIL SV

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HT + Sinusite

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 : **CASA**

Le : **28/11/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA SARL AL JOUTI DOUCHEUR 689, angle Bd. Oued Sebou et Rue 150, CASABLANCA 05 22 90 50 39	01/01/19	564,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

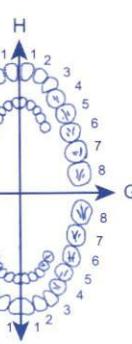
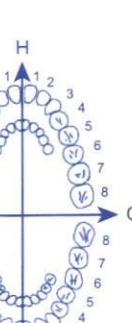
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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 HRICHI Rachid

MEDECINE GENERALE

295, Av. Oued Tansift (24, Gpe E)

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0527 19 43 96

الدكتور الحرishi رشيد
الطب العام

شارع وادي تانسيفت (24)، مجمع

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 0527 19 43 96

Casablanca, Maroc

Dr. Rachid HRICHI

295 AV. Oued Tansift

Casa - Tel : 0527 19 43 96

LYS
TAN
Docteur en Pharmacie
et RUE 150, El Oulfa
CASABLANCA

Dr. HRICHI Rachid
295 AV. Oued Tansift
Casa - Tel : 0527 19 43 96

Dr. HRICHI Rachid
295 AV. Oued Tansift
Casa - Tel : 0527 19 43 96

55,00

4 Amoxip 18

S.V

6

(Bte 124)

76,00

0 Bidanto 500

S.V

(Bte)

60,40

0 Dimolo

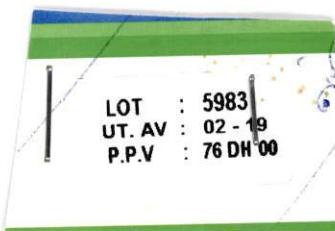
S.V

179,00 1 Suppo 5

0 VELAXOR LP.

S.V

1CP 1/2



الدكتور الحرishi رشيد
Dr. HRICHI Rachid
Medecine Generale
295 AV. Oued Tansift Cite El Oulfa
Casa - Tel : 0527 19 43 96

81,00
RIBOCARD
AC-P3

(S.V)

⑥ 113,50
MEDIZARINE 2,5

(RAG)

(S.V) Soin pH 1 més

الدكتور الحموشي (مشيد)
Dr. HACHI Rachid
Médecine Générale
295, AV Oued Tansit Cité El Oued
Casa - Tel : 05 27 19 43 96

LYS PHARMA SARL AU
TAHIRI-JOUTI Jaound
Docteur en pharmacie
Oued Sebou
et Oulfa
687, angle 150, El Oued
CASA EL LANGA
Tel: 05 22 90 50 09
05 22 90 88 47

Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتم

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

Ce medicament peut causer des allergies

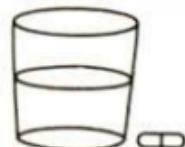
Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول ومرأى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau
يلع مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant ingestion

إذابة الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV : 55,00 DH

LOT : 606694

PER : 07/20

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

MEDIZAPIN® 2,5 mg

Olanzapine

30 Comprimés pelliculés

LOT : 022
PER : AUT 2021
PPV : 113 DH 50

CiplaMaroc



پیلاکسوس® LP

قینلافاکسین



30 برشامہ ملٹہ الفدر

عن

LOT N° :

0900327

EXP :

12/2021

PPV :

179DH00

500789 c

Fibrocard[®] 240 mg

6 118001 070701



FIBROCARD 240 mg
30 gélules

Remboursable AMD



CHLORHYDRATE DE VERAPAMIL

Minigranules

Voie Orale

LOT 18F29/A 1

EXP 06 2022

PPV 81.00 DH

30 gélules