

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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 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



Déclaration de Maladie

N° W19-507819

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 22216			
Matricule : 1930	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZHAR Noureddine			
Date de naissance : 13/07/55			
Adresse : N° 36 - Colline 2, Casablanca			
Tél. : 0661.796397		Total des frais engagés : 1089,00 DHS	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 10/01/2020			
Nom et prénom du malade : Zhar Noureddine Age : 65			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : affection nerveuse psychiatrique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS			
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 : **10/01/2020**
 Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

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
NO 101			400 DH	INP : 091197228
2020				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GANZI Dr EDDOBLI 152 Bis, Route de l'Oasis ASA-Anfa Tel. (02) 99 02 8	10.01.20	689,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

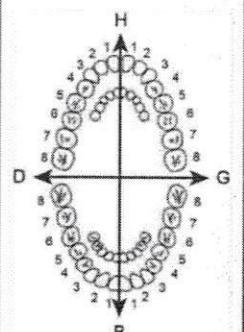
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

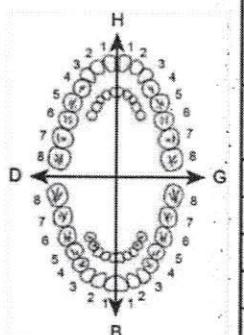
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Dr. Naoual AJOUB
Psychiatre



الدكتورة نوال أوجوب
طبيبة نفسانية

Psychiatrie de l'Adulte
Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Addictologie
Thérapies Cognitives et Comportementales

الطب النفسي للكبار
الطب النفسي للأطفال والراهقين
طب الإدمان
العلاج النفسي المعرفي السلوكى

Nom : 2 han Ngueneline

Date : 10/01/2020

1/1 Stablon 12,5 mg. 888d

(16,50x5)
Dr. EDDOBLI Hichem
152 Bis, Route de l'Oasis
Cas-Abda-Tel. (02) 99.02.888d



1
HARMONIE GARE DE L'AJD
Dr. EDDOBLI Hichem
152 Bis, Route de l'Oasis
Cas-Abda-Tel. (02) 99.02.888d

2/ Alpraz 0,5 mg. 8900

35,70x3
tit. 11 mg.



Dr. EDDOBLI Hichem
152 Bis, Route de l'Oasis
Cas-Abda-Tel. (02) 99.02.888d

22, Bd. Yacoub El Mansour, Espace El Mansour 1^{er} étage, N° 13 Maarif - Casablanca

Tél.: 0522 98 07 08 / Mob.: 0663 10 35 80 - E-mail: drAjoubNaoual@gmail.com

22. شارع يعقوب المنصور، فضاء المنصور الطابق الأول. الرقم 13 - الدار البيضاء

الهاتف : 08 07 08 / المحمول : 0663 10 35 80 / البريد الإلكتروني : drAjoubNaoual@gmail.com

02/16
A/23/16

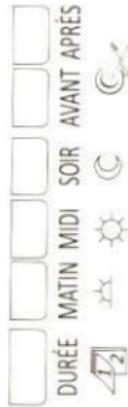
المساوية: 0,5 مللي
البرولام سولادات كمية كافية لفروع واحد
الكتمة، طرفة العين، والتحذيرات المعاصرة: لف الضرف، غلق العين، غسل العين، علاج حروق العين، وتحذيرات معاصرة.

COMPOSITION :	0.5 mg
Alprazolam	q.s.p. 1 comprimé
Excipients	
EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose.	
POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :	
Lire attentivement la notice avant utilisation.	
VOIE ORALE	
CONDITIONS DE CONSERVATION :	
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.	

Comprimés sécables
Voie orale

0,5 mg

928
2022
35.70



E13510B00

LOT 191928 1
EXP 09 2022
PPV 35.70



02/16
A/23/16

المساوية: 0,5 مللي
البرولام سولادات كمية كافية لفروع واحد
الكتمة، طرفة العين، والتحذيرات المعاصرة: لف الضرف، غلق العين، غسل العين، علاج حروق العين، وتحذيرات معاصرة.

COMPOSITION :	0.5 mg
Alprazolam	q.s.p. 1 comprimé
Excipients	
EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose.	
POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :	
Lire attentivement la notice avant utilisation.	
VOIE ORALE.	
CONDITIONS DE CONSERVATION :	
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.	

Comprimés sécables
Voie orale

328
2022
35.70

E13510B00

LOI 191928 1
EXP 09 2022
PPV 35.70



سُوْنِيْمَا
Sonnema



02/16
A/23/16

النحوية: المروي
البرهان: المعلوم
سواءات: المعلوم
سواءات ذو ثانية معلوم: المعلوم
الكلمة، مطلع الاستعمال، والتحديث المعلوم:
أفر السيرة المخلدة بدقة مثل الاستعمال
مخطوط الخطوط:
جacket هذه المدوا في درجة حرارة لا تتجاوز 25 °C.

COMPOSITION :	0.5 mg
Alprazolam	q.s.p 1 comprimé
Excipients	
EXCIPIENT A EFFET NOTOIRE : lactose.	
POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET MISES EN GARDE SPECIALES :	
Lire attentivement la notice avant utilisation.	
voie ORALE.	
CONDITIONS DE CONSERVATION :	
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.	

Comprimés sécables
Voie orale

328
2022
35.70

E13510B00

LOT 191928 1
EXP 09 2022
PPV 35.70



سوناطرما
Sonatrma



مدة الوصمة الطبية يجب أن لا تتعدي 28 يوماً، مقدرة بأمر الطبيب وصلحة أمنة مع عدم تناول الكحول (إلا إذا حدد الطبيب ذلك). يجب على المسؤول الإحتفاظ بنسخة من الوصمة الطبية لمدة 3 سنوات. التقادم يوصي للطبيب المعالج.

مدة الرحلة الطويلة يجب أن لا تتعذر مقدرة بأمر على وصلة لمدة مع (الآن حد الطبيب ذلك). يطلب على المسارين الامتناع بالمشقة للتقد بوصفة الطبيب المعالج. يحظى بعدها عن متلول به الأطلال.

Medicament autorisé n° 563/14 DMP/21/NRG

SERVICE MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasseur

The logo for Servier, featuring the word "SERVIER" in a bold, sans-serif font above a stylized graphic of three horizontal bars of increasing length, with a small sun-like symbol at the end of the longest bar.

16.50

LISTE I (TABLEAU I) : UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Durée de prescription limitée à 28 jours.
Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée.
Chevauchement interdit sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.
Conservation d'une copie de l'ordonnance par le pharmacien pendant 3 ans.
Se conformer à la prescription du médecin traitant.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

مدة الوصمة الطبية يجب أن لا تتعدي 28 يوماً، مقدرة بأمر الطبيب وصلحة أمنة مع عدم تناول الكحول (إلا إذا حدد الطبيب ذلك). يجب على المسؤول الإحتفاظ بنسخة من الوصمة الطبية لمدة 3 سنوات. التقادم يوصي للطبيب المعالج.

مدة الوصمة الطبية يجب أن لا تتعذر مقدرة بأمر على وصلة لمدة مع (الآن حد الطبيب ذلك). يطلب على المسنلين الامتنان بالسنة التغذى بوصفة الطبيب المعالج. يحصل بعدها عن متلول به الألطال.

Medicament autorisé n° 563/14 DMP/21/NRG

SERVIEIR MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasseur

The logo for Servier, featuring the word "SERVIER" in a bold, sans-serif font above a stylized graphic of three horizontal bars of increasing length, with a small sun-like symbol at the end of the longest bar.

الله يحيى بن عبد الله (أبي حمزة) روى

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Durée de prescription limitée à 28 jours.
Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée.
Chevauchement interdit sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.
Conservation d'une copie de l'ordonnance par le pharmacien pendant 3 ans.
Se conformer à la prescription du médecin traitant.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

50 X 16 X 114 mm

مدة الوصمة الطبية يجب أن لا تتعدي 28 يوماً، مقدرة بأحرف على وصلية ألمة مع عدم تناول الكليات إلااً حد الطبيب ذلك). يجب على المسؤول الاحتفاظ بنسخة من الوصمة الطبية لمدة 3 سنوات. التقاد بوصمة الطبيب المعالج.

مدة الوصمة الطبية يجب أن لا تتعذر مقدرة بأمر على وصلة لمدة مع (الآن حد الطبيب ذلك). يطلب على المسنلين الامتنان بالسنة التغذى بوصفة الطبيب المعالج. يحصل بعدها عن متلول به الألطال.

Medicament autorisé n° 563/14 DMP/21/NRG

SERVIEIR MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasseur

The logo for Servier, featuring the word "SERVIER" in a bold, sans-serif font above a stylized graphic of three horizontal bars of increasing length, with a small sun-like symbol at the end of the longest bar.

الله يحيى بن عبد الله (أبي حمزة) روى

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Durée de prescription limitée à 28 jours.
Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée.
Chevauchement interdit sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.
Conservation d'une copie de l'ordonnance par le pharmacien pendant 3 ans.
Se conformer à la prescription du médecin traitant.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

50 X 16 X 114 mm



30 comprimés enrobés

STABLOON® 12,5 mg
O

Médicament autorisé n° 563/14 DMP/21/NRQ

SERVICE MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropolis Nouasseur
(à la hauteur du poste 22).
Téléphone: 0524 50 12 12
Fax: 0524 50 12 13
Courriel: service@service.ma

مدة الصنف الطبية يجب أن لا تتجاوز 28 يوما،
عمرها بأحرى على واحدة من عدم تسلكه الكحول
(لا تحدد الطبيب بذلك).
يجب على الصيادل الاستهلاك بضعة من الوصفة الطبية لمدة 3 شهور.
التقد بوصفة الطبيب المعالج.
يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.



12,5 mg x 30 comprimés
LISTERIA MONOCYTOGENES (A) 12,5 mg

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Durée de prescription limitée à 28 jours.
Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée.
Chevauchement interdit sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.
Conservation d'une copie de l'ordonnance par le pharmacien pendant 3 ans.
Se conformer à la prescription du médecin traitant.
Ne pas laisser à la portée des enfants.

12,5 mg x 30 comprimés

هذه الوصيطة الطبية يجب أن لا تتعدي 28 يوماً، معتبرة بأحرف على وصيطة أمنة مع عدم تشريك الكلمات إلاا حد الطبيب ذات ذلك). يجب على الصيادل الإحتفاظ بنسخة من الوصيطة الطبية لمدة 3 سنوات. التقاد بوصيطة الطبيب المعالج.

مدة الرخصة الطبية يجب أن لا تتعذر
مجدداً بأمر الطبيب على وصلة لمدة مع
(إلا حدد الطبيب ذلك).
يجب على المسئول الإحتفاظ بالنسخة
التفيد بوصفة الطبيب المعالج.
يحفظ بعدها عن متلول به الأطفال.

Medicament autorisé n° 563/14 DMP/21/NRG

SERVICE MAROC
Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasseur

The logo for Servier, featuring the word "SERVIER" in a bold, sans-serif font above a stylized graphic of three horizontal bars of increasing length, with a small sun-like symbol at the end of the longest bar.

الله يحيى بن عبد الله (أبي حمزة) روى

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Durée de prescription limitée à 28 jours.
Prescription en toutes lettres sur ordonnance sécurisée.
Chevauchement interdit sauf mention expresse du prescripteur portée sur l'ordonnance.
Conservation d'une copie de l'ordonnance par le pharmacien pendant 3 ans.
Se conformer à la prescription du médecin traitant.

Ne pas laisser à la portée des enfants.

50 X 16 X 114 mm