

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

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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 : *20574* Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *RENAISSA MHAMMED*

Date de naissance : *15 07 1953*

Adresse : *ROUTE MAGHNAIA B 3 RD 125 BAJ DA*

Tél. : *06 91 32 95 58* Total des frais engagés : *166290* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR YASSINE MEBROUK
Professeur Assistant
en Neurologie
Faculté de Médecine
et de Pharmacie CASABLANCA*

Date de consultation : *03 FEV 2020*

Nom et prénom du malade : *TERREN B PENA* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *TERREN B PENA*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *13 MARS 2020*

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 : *DR YASSINE MEBROUK*

Le : *18/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *DR YASSINE MEBROUK*

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
17/02/2009	CS	CLINIQUE AL MOURID Prix unitaire : 2000 Dhs Patient n° : 11111111111111111111111111111111	Sal. : 1000 Dhs Tax Al Moud : 0 Dhs Maroc : 0 Dhs Montant total : 1000 Dhs	DR PASSINE MEBROU Professeur Assistant en Neurologie Faculté de Médecine Al Moud - Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TENNIS Dr. CHAHID Zineddine Rte Meknès B3-N°19 Tél.0525591602-OUJDA	03.02.120	166260

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

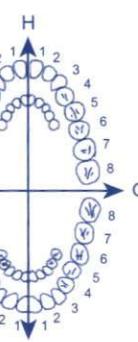
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
					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

ORDONNANCE

Oujda, le : 03/08/2020

- 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

$$5800 \times 2 = 11600$$

1 - *Siphon 100f*

PHARMACEUTENNS
Dr. CHANOUN Eddine
Tel. 053659002-CUJDA
Rte. Maghrib B3-N°19

$$4100 \times 3 = 12300$$

2 - *Anticell 40*

$$2260 \times 16 = 36160$$

3 - *Tc 00000 GT*

1:166260

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

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

E-mail: cliniquealirfane@gmail.com

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

092674 03 2022

EXP

الطبقة الأولى

Lot

Sifrol® 1,05 mg

Chaque comprimé à libération prolongée contient 1,5 mg de dichlorhydrate de pramipexole monohydraté correspondant à 1,05 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/1/97/050/020

يحتوي كل قرص ذو تحرير مطول على 1,5 ملغ من ديكلور هيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 1,05 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 بعيداً عن الرطوبة.

EU/1/97/050/020

دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

القائمة I - دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



كونا أحذرين

لا تسرقوا بدون استشارة مختص في الصحة/مستوى 2

Soyez très prudent

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



6 118001 040612

SIFROL 1,05 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

PPV : 589 DH 00

BOTTU S.A.

300207-02

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 ملغم من ديكلورهيدرات البرامبيكسول أحادي الماء، أي ما يوازن 0,52 ملغم 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 أنفاس 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 1 - دواء يتطلب تسلیم وصفة طبية.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الكميات المحددة



6 118001 040599

SIFROL 0,52 mg

(Pramipexole)

Comprimé à libération prolongée

Boîte de 30

300205-02

BOTTU S.A.

PPV : 294 DH 00



6



6

50 comprimés sécables
AVLOCARDYL® 40 mg

50 comprimés sécables
AVLOCARDYL® 40 mg

Uniquement sur ordonnance

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

40 mg

40 m

AVLOCARDYL

PROPRANOLOL

PROPRANOLOL

41180

41180

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

100 mg

Topiramate GT® 25 mg

Topiramate

Voie orale
10 comprimés pelliculés



TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

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: PDD407A

Per: 04/2022

PPV: 22DH60