

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de l'acte.
- 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.

Reéducation :

- 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 joindre 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-563208

ND: 40077 CR



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule	12327	Société
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : MDAGHRI FILALI MOULIN		
Date de naissance : 08/08/1985		
Adresse : Res AL FIR DAOUD 6-H05 A44 APP192 OULFA CASA		
Tél. : 0661 08 7775	Total des frais engagés : 442,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Docteur YSEF BOUJEMÂA PÉDIATRE 190, Rue Mustapha El Maâni CASABLANCA </div>	
Date de consultation : 17/08/2018	
Nom et prénom du malade : MADGHRI FILALI RAYAN	
Lien de parenté	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Filles, Guérison	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous un sceau 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

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS
15/08/2018, 8:00
Signature : R. GUEIT

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
17/08/2020	GS	1	850	09/11/2020 INP DOCTEUR M. MANI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ALBAIDA 30, GR. ALBAIDA HAY EL QODS CASABLANCA Tél : 05 22 75 56 06	17/08/2020	 PHARMACIE ALBAIDA 30, GR. ALBAIDA HAY EL QODS CASABLANCA Tél : 05 22 75 56 06

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie de preciser la dent traitee, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important:

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INVESTISSEMENT
				INVESTISSEMENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SONS
				DEBUT DE EXECUTION
				FIN DE EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur YSSEF Boujema

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Grenoble

Echographie

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

D.U. Pédiatrie en Maternité
Faculté de Médecine Paris-Sud

190, Rue Mostafa El Maâni. Casablanca

الدكتور يوسف بوجمعة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب باكرونوبيل

الفحص بالصدى

خريج ممتاز من كلية الطب بمونبولي

طب الطفل عند الولادة

كلية الطب - باريس

190، زنقة مصطفى المعاني. الدار البيضاء

Tél. Cabinet $\left\{ \begin{array}{l} 05 22 20 72 10 \\ 05 22 22 01 46 \\ 05 22 22 21 48 \end{array} \right\}$ هاتف العيادة

GSM : 06 68 79 27 94 المتنقل :

Sur rendez-vous بالموعد

Casablanca, le 17/08/2020 الدار البيضاء، في

MA DGHRI FILALI' RAYAN

Doli'
نº 141645، Do > 38

13990 Priorix 1s

2095 100t 13 Bod 200 000 1s
51 Dose

9640 Tobrex collyre 1s
3% + 10%
HORAIRE CONTINU توقيت مستمر

~~Our & Our cine optique à la mode~~
le Soir au boulevard & 14

550

= 192,00

PHARMACIE FAIDH EL HADJ
Aut. 000 22 42
30, GR. AL BAUDAH Y EL QOD:
CASABLANCA
Tél: 05 22 75 56 06

الكونسرتو دكتور
Boujemâ
DOCTEUR BOUJEMâ
190, Rue Mazzaga El Maâni
CASABLANCA

S.P.

BATCH MA 0919
HP359 EXP 0823

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
تقدير لعماً بالجرعات الموصى

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بوصيب وصفة طبية

Liste II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 113001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
MA holder / صاحب مقرر التسجيل

 BOUCHARA-RECORDATI
GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنع
HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE

Priorix™



Measles, mumps and rubella vaccine

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole

Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola

Powder and solvent for solution for injection

Poudre et solvant pour solution injectable

Polvo y solvente para solución inyectable

Subcutaneous use or intramuscular use

Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire

Vía subcutánea o vía intramuscular

ID : 644411R2
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 139,20 DH
6 118001 140923



1 dose/dosis (0.5 ml)

1 vial with powder + 1 pre-filled syringe
with solvent + 2 needles

1 flacon avec poudre + 1 seringue pré-remplie
avec solvant + 2 aiguilles

1 vial con polvo + 1 jeringa prellenada
con solvente + 2 agujas

Priorix™

1 dose/dosis (0.5 ml)

Priorix is a trade mark of the GSK group of companies
©2017 GSK group of companies

LOT:20021
PER:04/2013
PPU:SDHEO

0,3 %,
Tobra

égralité de ces
rtantes pour ve
ez avoir besoin
interrogez votre
nnellement pre
de leur maladie
t effect indésirab
able qui ne ser

%, collyre en si
MATIONS A CONNAITRE

EX 0,3 %, collyre
INDESIRABLES
TOBREX 0,3 %, col
NTAIRES

3 %, collyre en s

iotique de la fam
on est indiqué da
mbattues par cet
ulcères de la corn

AUREOMYCINE 1%
Chlortétracycline chlorhydrate
Pommade ophthalmique - tube de 5 g

En raison de la



TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION

NE PAS AVALER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT D'UTILISER TOBREX 0,3 %, collyre

%, collyre en solution dans les cas suivants:
es constituants du collyre en solution, notamment à la tobramycine
minosides).

0,3 %, collyre en solution:
doit être arrêté.

ployé en injection péri ou intra-oculaire.
ide ou en cas d'apparition de symptômes anormaux, consulter votre médecin.
par ce collyre, une surveillance par votre médecin est nécessaire.
tant par un autre collyre, instiller les collyres à 15 minutes d'intervalle.

