

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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.

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9563

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAAMRI Med

RFD A

Date de naissance : 13 - 10 - 1970

Adresse : RESIDENCE MANZAH CALIFORNIA

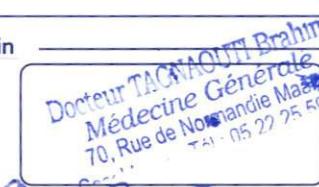
VILLA 20 FL JADIDA

Tél. : 0663443483

Total des frais engagés : #404,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/09/2020

Nom et prénom du malade : Mr Laamri Med

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

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 : 04/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

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
04 02 2020	2	01	200,00	Docteur TACHIBANA Médecine Générale Rue de Normandie 54 54 25 22 25 50 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Febreux	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MUSSE 16 RUE FLAMMÉE 75011 PARIS	04.09.2020	204.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

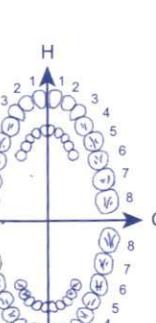
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de

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		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 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

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux .
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التڭناوتي

خريج كلية الطب ببوردو

الطب العام

زنقة نورماندي - المعريف

الدار البيضاء - الهاتف ، 05 22 25 59 32

Casablanca, le

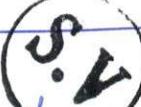
04 / 09 / 2020

الدار البيضاء، في

M. Laamri Me' Reda

(134,50)

Faucaline 250



(60,10)

Méoxiclor 2x3



(10,30)

Doliphan 1x3



Tot: 204,90

1x3

1x3

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Casablanca , Tél. : 05 22 25 59 32

normacie 11MUUYAS
Jl. TIMOURASSE Naim
74, Av. Bir Anzaran
Tel-Fax:35.16.88 Eljadi



Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

DOULEURS
FIEVRE



bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

10/30

Viale orale
20 COMPRIMES SECABLES

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.

Read carefully the package insert before use.

Store below 25°C.

KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.

Maxilase® DORES DE GARGANTA

ADULTO

Via oral.

24 comprimidos revestidos

Composição:

Alfa-amilase 3000 U. CEIP

para um comprimido revestido.

Excipientes com efeito

importante:

amarelo alaranjado S (E110),
sacarose, lactose.

90DH10
Add:

580735

Distribué sous licence
par LAPROPHAN
21, rue des Quatre
CASABLANCA - Maroc

sanofi-aventis France
1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris, France

المصنّع / Manufacturer:

Sanofi Winthrop Industrie
1, rue de la Vierge
Ambarès-et-Lagrave
33565 Carbon Blanc, France

Médicament autorisé /
Authorized medicine/
دواء مرخص رقم:
34009 30653074



3 582910 011910

MAUX DE GORGE / SORE THROAT
ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP
24 COMPRIMÉS ENROBÉS / COATED TABLETS



Maxilase®

فوسيدين® 250 مغ
فوسيدينات الصورديوم
10 أقراص مغلافة

Fucidine® 250 mg, comprimé pelliculé

فوسيدين® 250 مغ، قرص مغلف

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot d'inville

CASABLANCA-MAROC

FUCIDINE® 250 mg

Comprimé pelliculé

Boîte de 10 comprimés



6 118001 200511

PPV : 134 DH 50