

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-485078

43530

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 663501	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Ouled Boumehdi Mira			
Date de naissance : 01/10/41 1951			
Adresse : Rue Alkasbah N° 54 Hay linbiat sali			
Tél. : 06 44 64 18 68	Total des frais engagés : 476,30 DHS		

Cadre réservé au Médecin	 DR. OULED BOUMEHDI MIRA MÉDECIN EXPERT EN IMAGERIE 3, Avenue Al Kamil KAIMRA, CYM Tél/Fax : 05 37 78 76 11 GSM : 06 61 24 24 32		
Date de consultation :	17 Aout 2021		
Nom et prénom du malade	OULED BOUMEHDI Mira		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie :	Appentis rhumato		
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'adjudication conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Sale

Le : 07/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-485078

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule : 663501

Nom de l'adhérent(e) : Ouled Boumehdi Mira

Total des frais engagés : 476,30 DHS

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		900	Dr	INP : 101023889 M. HEN CHERIF OULD PERCÉ EXPERT DE LA RUE A KHAN KAMPA, CYM Avenue B7 T6 T5 1 TAUEROU

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

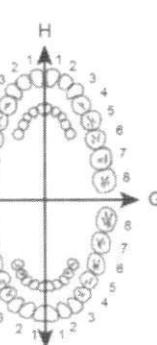
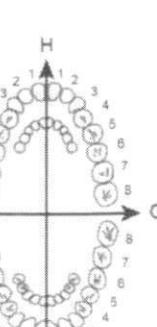
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H <input type="text"/> G				
25533412	21433552			
00000000	00000000			
D 00000000	00000000			
35533411	11433553			
B				
[Création, remont, adjonction]				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Mohammed BEN CHERIF OUEDGHIRI

MEDECINE GENERALE

MEDECIN EXPERT

ASSEREMENT PRES LES TRIBUNAUX



الدكتور محمد بن الشريف الودغيري

الطب العام

طبيب خبير محلق لدى المحاكم

Rabat le :

17 AOUT 2020

الرباط في

N°222 Rina Ouled Boumekki

35,80

① Beidouze 116

14g + 3g

54,69

Mefsol 7,5g

12,5g le soir

en deux doses

② Prostodylisme

lager - 20g + 3g

12,20 + 3

Rebalifit

30g / mois / j + 3mls →

إقامة الفردوس، رقم 1 الطابق الأول، 3 شارع الكفاح - القامرة - حي الرباط

Résidence Al Firdouss, 3 Avenue Al Kifah, 1er étage, App N°1
Kamara, CYM, Rabat

HARMACIPEL WAKDA
INP : 1020261300000
Tél : 05 37 82 28 93

D Amard 5 mg

mp/1 levodrin

Mr. HEN CHERIF OLI
Nier & air Expert
3. AVENUE A KARIM KALIMA, CYM
Tel TELIFAX : 01 37 78 75 11
M. C6 E, 24 24 52



INDICATIONS :

Ce médicament est indiqué :

- Chez le sujet âgé, en cas de carence vitamino-calcique ;
- En association aux traitements de l'ostéoporose, lorsque l'apport de calcium et de vitamine D est insuffisant.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte.

Voie orale.

POSOLOGIE, MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Consulter la notice avant utilisation.

30 COMPRIMÉS

À CROQUER OU À SUCÈR

NE LAISSER NI À LA VUE NI À LA PORTÉE DES ENFANTS

سوطيمـا
Sotema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
L. TAZI, Pharmacien Responsable

42,20

65x35x110

11

CALCIFIX D₃

30 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 021407





INDICATIONS :

Ce médicament est indiqué :

- Chez le sujet âgé, en cas de carence vitamino-calcique ;
- En association aux traitements de l'ostéoporose, lorsque l'apport de calcium et de vitamine D est insuffisant.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte.

Voie orale.

POSOLOGIE, MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Consulter la notice avant utilisation.

30 COMPRIMÉS

À CROQUER OU À SUCÈR

NE LAISSER NI À LA VUE NI À LA PORTÉE DES ENFANTS

سوطيمـا
Sotema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
L. TAZI, Pharmacien Responsable

42,20

65x35x110

11

CALCIFIX D₃

30 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 021407





INDICATIONS :

Ce médicament est indiqué :

- Chez le sujet âgé, en cas de carence vitamino-calcique ;
- En association aux traitements de l'ostéoporose, lorsque l'apport de calcium et de vitamine D est insuffisant.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Réservé à l'adulte.

Voie orale.

POSOLOGIE, MISES EN GARDE SPÉCIALES :

Consulter la notice avant utilisation.

30 COMPRIMÉS

À CROQUER OU À SUCÈR

NE LAISSER NI À LA VUE NI À LA PORTÉE DES ENFANTS

سوطيمـا
Sotema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
L. TAZI, Pharmacien Responsable

42,20

65x35x110

11

CALCIFIX D₃

30 comprimés



Remboursable AMO



6 118000 021407



RESODYL®

Crème de massage à base de réséda

Mode d'application : Appliquer RESODYL par massages doux. Il est conseillé de procéder à trois applications par jour pendant une à trois semaines.

Précautions d'emploi : Éviter tout contact avec les yeux et les muqueuses. - Ne pas appliquer sur une plaie. - Se laver les mains après application. - Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 30 mois.

www.pmpbiopharmed.com



6 111932 943953



RESODYL®

Crème de massage à base de réséda

RESODYL est recommandée comme crème de massage en cas des pathologies douloureuses ostéoarticulaires, les douleurs dorsolumbaires de types rhumatismaux, les rhumatismes inflammatoires, claquages, ecchymoses, tendinites, synovites...



Soulage et apaise articulations, muscles et tendons.

LOT : 0103
PER : 04-23
PPC : 60.00 DH

بخط يعزى عن المراة والطيبة

**A CONSERVER A L'ABRI DE LA CHALEUR ET DE L'HUMIDITE
NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS**



الطب العربي - العدد السادس - 2002 - زنقة الوداية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21 RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

四

6

فیلمات
۱۲

قائمه 20

لابروفان

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10

EXP 04/2023
LOT 9NQ05 1

81

BECID
20 dragées

