

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.

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° M20- 0003733

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : 144164

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Hamman Jelloulia

Date de naissance :

Adresse : 76 Rue H. Hamid Naciri extension

Tél. : 0661429112 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENHAMMAN JELLOULIA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite + Affection cutanée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

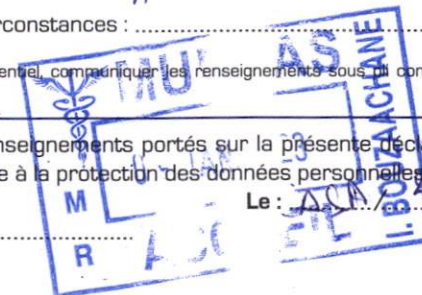
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : 20/09/22

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
29/12/2012	G	-	100 AH	 DR. B. SEKKAT Médecin M. A. 24 GH.13 Apt. 1 - Casse
				28 120 1954

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/22	594,70

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/12/22	594,70

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

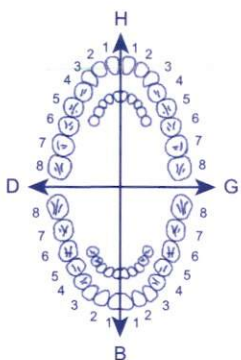
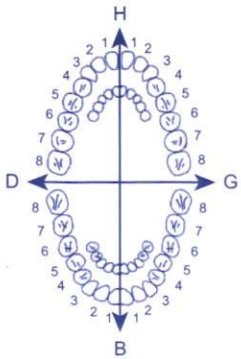
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

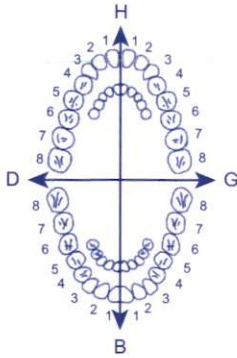
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des Travaux												
				Montants des Soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		CCEFFICIENT DES TRAVAUX															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
B																			
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																	
		DATE DU DEVIS																	
		DATE DE L'EXECUTION																	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		C
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux	
Montants des Soins	
Date du Devis	
Date de l'Exécution	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)

والأمراض التناسلية - السيدا

اختصاصية في التنظير المهبلي وأمراض النساء

طبية سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 29/12/2022

BEN HAHNOU YELLOULIA

79,70

(1)

Zithromax 500

1 sp 1j

22,70

(2)

Rinomicine

1 sachet x 3j

46,40

(3)

Oucocil

1 cts x

120,70 x 6

(4)

Aerius

1 sp le soir

26,70

(5)

Canaflocan 1500

1 gel 1 fois

17,20

(6)

Kehoderm

1 sachet 1j

4,20

17,40

(7)

Dermoval cream

1 fl le soir

594,75

Madame PARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 05 22 32 25 22

20280 الدار البيضاء 05 22 32 10 07 - الهاتف - سيدي معروف - شقة 1 - GH1 العمارة A24, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

Groupe EDDOHAAL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 - CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasekkat@gmail.com : البريد الإلكتروني

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

رينومييسين[®]

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

22170

-64x64x154

2

ميكوسيل[®] MUCOCIL[®]

INDICATIONS :

Bronchites aiguës et chroniques -
Sinusites - Catarrhes tubaires -
Laryngites - Trachéites.

POSOLOGIE :

En règle générale :

1 cuillerée à soupe 3 fois par jour.

الإرشادات - حالات عدم الإستعمال -
المقادير وكيفية الإستعمال :
اقرأ البيان داخله.

Indications - Contre-indications -

Posologie et mode d'emploi :

lire notice intérieure.

MUCOCIL[®]

Carbocistéine 5%

Sirop adulte - Flacon de 300 ml



P.P.V. : 46,40 DH



6 118000 191360

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT : 083-1
PER : AUT 2022
PPV : 120 DH 70

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT : 083-1
PER : AUT 2022
PPV : 120 DH 70

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبسة

LOT : 083-1
PER : AUT 2022
PPV : 120 DH 70

4

Gélules

Voie orale

CANAFLUCAN[®]
FLUCONAZOLE

150 mg

CANAFLUCAN[®]

FLUCONAZOLE

150 mg

• Antifongique

LOT : 5615

UT. AV : 12-24

P.P.V : 76 DH 20



4

Gélules
Voie orale

LABORATOIRES
PHARMA 5
مختبرات فارما 5



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Ketoderm 2% gel b8 sachet

P.P.V : 84,20 DH



03-2024

M0B3A00

Lot:/EXP:

Kétoderm® 2% gel en sachet

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie: _____ sachet _____ fois par _____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Vole cutanée

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants

Médicament autorisé n° 34009 333 069 5 3



3400933306953

Kétoderm® 2% gel en sachet
gel moussant
kétoconazole



EXP 04 2024

Lot 69739

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 17,40 DH

ID: 650269

6 118000 161295



زيتروماكس
أزيتروميسين



3

0 mg / أقراص 3

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

Dermoval

0,05 % CREME

Tube de 10 g



0 4 2 2 4

P.P.V.

79 70

FY 43 69

79,70

09366030/4

INDICATIONS -
se confier