

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042448

146221

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02360 Société : DAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESKINE Karima

Date de naissance : 20/06/63

Adresse : Jnane Californie (Emmraude), APP 10, ssa

Tél : 0608374322 Total des frais engagés : 553,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2022

Nom et prénom du malade : PARHABOU HIBA Age :

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

Nature de la maladie : AFFECTION ORL

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

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
05/11/22			3553,90	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/11/22	553,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

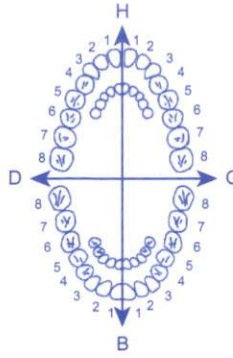
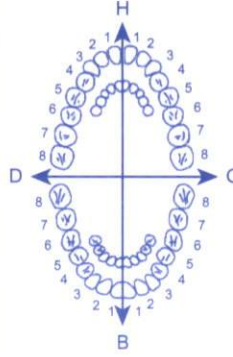
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Traitement de la surdité
 - Chirurgie de la thyroïde
 - Traitement du vertige
 - Prise en charge du ronflement
 - Rhinite Allergique
 - Chirurgie endoscopique
 - Ancien médecin à l'hôpital
- 20 Aout Casablanca



Spécialiste de la Thyroïde
أخصائي الغدة الدرقية

Casablanca le : الدار البيضاء في :

05 Novembre 2022

Mme MARHABOU HIBA

74,80
SEPCEN 500

1 comprimé 2 fois par jour * 5 jours

40,00
COTIPRED 20 MG

149,00
3 cp le matin pendant 5 jours

BUD NA NASALE

80,10
2 pulv le matin pendant 3 mois

XYZALL

210,00
1 comprimé le soir pendant 1 mois

FLOWAIR 10 MG

1 comprimé par jour pdt 1 mois

553,90

PHARMACIEN
DR. ALLOUANE Mohamed Amine
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie
Cervico-faciale
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa
Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35



عن طريق الأنف

صا

200 جرعة

ك قبل الإستعمال

LOT 212677 1

EXP 10 2025

P P V : 80.10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

Xyzall⁵
Dichlorhydrate de Levamisole



Lot N°: 066R041A
FAB: 11/2021
EXP: 11/2023
PPV: 149DH00

Xyzall⁵ mg

Boîte de 25 comprimés pelliculés
AMM N° 2219/DMP/21/NRGDM



6 118000 021599

notice :

isole 20 mg (sous forme
de sulfobenzate sodique)
ents q.s.p. 1 comprimé
scent séable

ditionnement contient au total
ents milligrammes de
plone (sous forme de
l'obenzate sodique)

ple, mode d'emploi, indications,
ndications, excipients à effet
: voir notice

PPV: 40DH00

PER: 07/25

LOT: L2306

bottu...

Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

100165

05/14

Flowair[®]

Montélukast sodique

Voie Orale

PPV:210,00 DH

Handwritten signature



10
mg

30
Comprimés
pelliculés

Flowair[®] 10 mg

Montélukast sodique

سيپسين[®] 500 مع

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص مطبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



يحب احترام الجرعات الموصوفة

IBERMA



LUT: 05/32/2022
PER: 05/2025
IPV: 74.80 DH

74,80