

RÉCOMMANDATIONS 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

- 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'Hi
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-009882

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8292 Société : 159401

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RHAABANE Messaoud

Nom & Prénom : RHAABANE Messaoud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 19 61 36 9 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

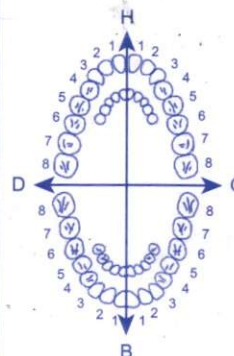
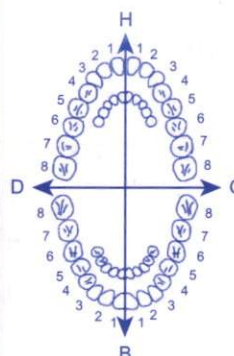
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			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

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

N° P19- 0040415

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2727 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RHADIBANE Messagud
Date de naissance : 1953
Adresse : 22, Rue Ibnou Katir CASABLANCA
Tél. : 0661 961369 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimouzi Hay Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca
INPE: 091122440
Date de consultation : 27/02/2023
Nom et prénom du malade : M^U RHADIBANE Messagud
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : gastralgies + reflux
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 : CASABLANCA Le : / /
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 040415

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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

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 Honoraires
27/02/2023	1C2	01	200,00	Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 51 Casablanca
04/03/2023	1C1	01	grat	Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 51 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MAWLID 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 51 Casablanca	27/02/23	21,60
Pharmacie LES JARDINS ANFA S.A. 104, Rue Mimouza Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 51 Casablanca	04/03/23	200,60

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

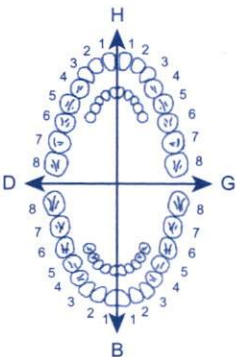
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>

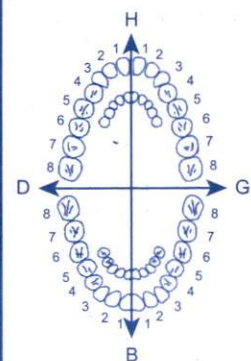
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
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'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104, زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الها 05 22 36.58.91

04 MAR. 2023

Casablanca, le : : الدار البيضاء ، في

M^U RHAIBANE MESSOUD SAOUD.

8210 - Tuexiu - 20mg (OUB)

1 ep / 12h (Eton)

11850 - Ixor - 20mg (OUB)

1 ep / 12h (Eton)

20060045 - Docivox (ep à fuier)

1 ep 3 fois / 12h à fuier.

PHARMACIE
LES JARDINS D'ANFA
DR. Ksikes Djoudj Sophia
Tél. : 05 22 36 58 91

Dr. SADIK Fouzia
Médecin
104, Rue Mimosas May Erraha
Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca

إيرلوس® 5 ملغ

ديسلوراتادين

7 حبات
ملبسة

عن طريق الفم



سنتمديك

PPV

LOT

PER

09160

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)

1^{er} Etage - Beauséjour

Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104, زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)

الطابق الأول - بوسيجور

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36.58.91

Casablanca, le : 17 FEV. 2023 : الدار البيضاء ، في

M^U RHADBANE HESSAOU

SAOUD

21,60

Erlus (ous) PM
1 gr le jour

Pharmacie AL MAWLID
et Abou Hassan Saghir
Angle Rue Mimosa - Casa - Tél: 05 22 23 17 06

DR. SADIK FOUZIA
Médecin
104, Rue Mimosa May Elraj
Tél: 05 22 36 58 91

إحفظ هذا الدواء في مكان بعيد عن
متناول أيدي الأطفال و عن مرأهم
قبل الإستعمال إقرأ بتأن النشرة
الإعلامية

إحتياطات خلسة بشأن الحفظ
الحفظ في مكان لا تتجاوز الحرارة
30 درجة مئوية
يجب حفظه في علبته الأصلية

القائمة II - فقط وفقا لوصفة طبية

Liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
إحترم المقادير الموصوفة



* 3 5 5 3 3 3 7 *

رقم رخصة وضع الدواء في السوق المغرب / AMM Maroc
640/15 DMP/21/NRQ

المواد الفاعلة في تركيب الدواء

إزوميبرازول 20.00.....مغ

بصيغة إزوميبرازول ماغنسيوم ثلاثي التمييه

ك.ك.ل قرص صامد لحموضة المعدة

السواغات: كمية كافية لقرص صامد لحموضة المعدة

السواغات ذات التأثير المعروف: سكاروز

14 قرص صامد لحموضة المعدة

Fabricant, Conditionneur et Libérateur/

الصانع المعبئ و المحرر:

AstraZeneca AB

Gärtunavägen

SE-151 85 Södertälje-Suède

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aquam roches
noires caseblanca

INEXIUM

20 mg

Boîte 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH



6 118001 020591

EXP 01-2025
LOT ZECB

PPU 118DH50 EXP 11/2024 LOT 28018 2

IXOR® 20 mg 28 comprimés effervescents

إكسور®

أوميبرازول

20 ملغ



28

قرصا
فائرا

Laprophan
لابروفان