

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-003817

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : 161771
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Ben Hammou Yelloulia
Date de naissance :
Adresse : 76 Rue AHammadi Naarif extenai
Tél. : 066142249 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. B. SEKKAT Médecin Agence Al Moustakbal Imm. A 24 GH. 13 Août. 1 - Casa
Date de consultation : 09 / 05 / 2023
Nom et prénom du malade : BEN HAMMOU YELLOULIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Allergie + rhume
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 : 09 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Signature de Dr. B. SEKKAT

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
09/05/23	G		100,87	Dr. B. SAKKAT Méd. Dent. L. St. Agathe Al Moustekbal Ann. A 24 GH 13 April 1 - Casa 09 120 1954

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Achraf Dr. SAKKAT Mohamed Khatib 16, Rue Sidi Mohammed - Casablanca Tél: 05 22 25 22 09	09/05/23	502,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

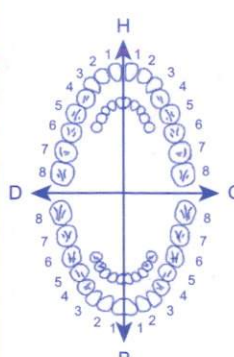
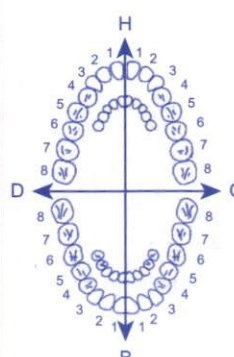
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

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 المهبل وأعراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 09/5/2023

BENHARMOU YELLOULIA

22,70 x 2

(1)

Rinomicine

1 Sachet x 3

63,20 x 4

(2)

Zyrtec

1 sp 6 don

60,10

(3)

Naxilase 3000

1 sp x 3

74,10

(4)

Carbodylane

2 gel x 3

70,10

(5)

Reflux AID Sachets

1 Sachet x 3

502,30

PHARMACIE ACHARAF SARL
Dr SAHIB Mohammed Amine
Rue Socrate Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 25 22 09

Dr. B. SEKKAT
Médecin
Généraliste
Groupe EDDOHAAL MOSTAKBAL
GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Casa
Tél: 05 22 32 10 07

20280 - الدار البيضاء 20280 - مجموعة الضمى المستقبل - GH13 - العمارة A24، شقة 1 - سيدي معروف - الهاتف: 05 22 32 10 07

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

28/28

رينومييسين[®]

مسحوق لتحضير الشراب

10 أكياس

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - إرتعاش و تبرد

28/28

رينومييسين®

مسحوق لتحضير الشراب

10 أكياس

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلالي صيدلي مسؤول

Composition

Alginate de Magnésium, Extrait d'Anisum Stellatum, Extrait de Chamomilla Recutita, Extrait de Foeniculum Vulgare, Gomme de Xanthane, Lavandula Extrait d'Angustifolia, Extrait de Tilia Platyphyllos, Sucralose, Methyl de sodium p-hydroxybenzoate, p-hydroxybenzoate de propyle sodique, eau déminéralisée.

Instructions d'utilisation :

Agiter avant utilisation.

Chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans :

1 - 2 sticks après les repas et au coucher.

Enfants de moins de 12 ans : 0,5 - 1 stick après les repas et au coucher.

LOT

LOT 2227002
EXP 2025/09
PPC 70 DHS



REFLUX



63/20

زيرتيك[®] 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec[®] 10mg

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

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.

60DH10
PPV:

580735

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

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

Fabricant / Manufacturer / المصنع:

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

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



Maxilase®

MAUX DE GORGE/SORE THROAT

ALPHA-AMYLASE 3000 U. CEIP

24 COMPRIMÉS ENROBÉS/COATED TABLETS



LOT: 123 -

EXP: 05-2026

Laboratoires SOTHEMA
CARBOSYLANE
Boîte de 96 gélules (48 doses)
PPV 74.00 DH



6 118001 070893



63/20

زيرتيك[®] 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec[®] 10mg

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63/20

زيرتيك[®] 10 ملغ
سيتيريزين ديكلورهيدرات

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر



Zyrtec[®] 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158