

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° M21- 0057956

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6475 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : Zaid Jamila

Date de naissance : 23/12/65

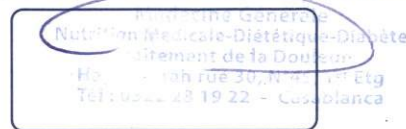
Adresse : 67, Bd. JESME - J. P. 14000 - COCA

Tél. : 06 64 09 7623

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : Zaid Jamila Age :

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

Nature de la maladie : Tumeur Spontanée + Papule

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 : 06/03/23 Le : 06/03/23

Signature de l'adhérent(e) : COCA

02 JUN 2023

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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, Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma

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
06/03/2023		C	130DH	

Dr. Habbous SEDDINI
Médecine Générale
Nutrition Médicale-Diététique
Traitement du Diabète
Haut Koutan rue 30, N° 100
Tél : 0522 78 13 23 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HIKMA CASABLANCA SARL AU Mme R. TLEMCANI Squad DR EN PHARMACIE 8, Rue Vesale Angle Rue Amyot, Casa Tél: 0522 88 15 15	06/03/23	465.90

092005552

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

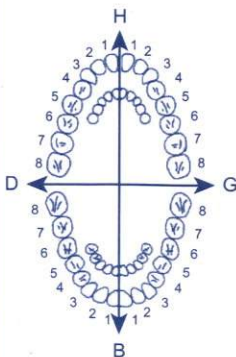
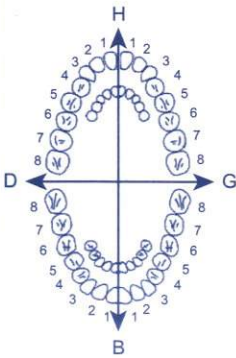
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ibtiissam SEDDINI

Médecine Générale

DU en Nutrition Médicale et Diabète

DU en Traitement de la Douleur

Echographie

Adultes et Enfants



الدكتورة إبتسام صديني

الطب العام

دبلوم في التغذية و السكري

دبلوم في علاج الآلام

الفحص بالصدى

الكبار و الصغار

PHARMACIE A. IKMA
CASABLANCA SAHILAU

Mme R. TLEMCAHI Squad
DR EN PHARMACIE
8, Rue Vesale Angle Rue Amyot, Casa
Tél: 0522 56 55 51

Casablanca le : 06/03/2023

M^{lle} Zadi Jamila

69,00 1) Biovenic 500 cp
1 cp 15 ml 55

49,00 2) Dolipax 800
1 cuillère à 3,5

11,30 3) Aspirine Derol cp
1 cp 2 fois 15 min.

67,90 4) Tandax 800
1 cuillère à 3,5 (1 bol)

27,00 5) Hexaprenne 800
1 cuillère à 15 min (15 J)

حي الفرح الزنقة 30 رقم 45 الطابق الأول قرب محطة طوطال الفرح درب ميلا
قرب مسجد مولاي رشيد

Hay El Farah Rue 30 N°45 1er Etage

Station Total Energies El Farah Derb Mila (Proche Mosquée My Rachid)

Tél.: +212 5 22 28 19 22

29,00 - 6) Alora cp
1 p le matin (10 J)

63,20 7) Strean gel
1 gel 1 fois (1 boîte)

149,50

8) Euraflex sulet
1 sulet (1 mois)

T: 465.90

Dr Ibtissam SEDDINI

Médecin Générale
Nutrition Al - Nutrition Diabète
Transfusions - Nutrition
Hay El Farah - N° 45, 1^{er} Etg
Tél: 0522 28 19 22 - Casablanca

PHARMACIE AL HIKMA
CASABLANCA SARL AU
Mme R. TLEMCANI Squad
DR EN PHARMACIE
8, Rue Vesale Angle Rue Amyot, Casa
Tél: 0522 86 55 51

AC2-00183/02

Autorisation ministère de santé AMM n° 324/16 DMP/21/NNP

BioVanic®

Lévofloxacin / Levofloxacin

Antibiotique / Antibiotic

Voie orale / Oral use

5

comprimés pelliculés sécables
film-coated scored tablets

Chaque comprimé contient 500 mg de lévofloxacin.
Avaler le comprimé en entier avec de l'eau.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.
A conserver dans l'emballage d'origine.
Lire la notice avant utilisation

كل قرص يحتوي على 500 مغ من ليفوفلوكساسين.
يبلغ القرص كاملاً مع الماء.
يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 30°.
يحفظ في العلبة الأصلية.
يرجى فراغة النشرة قبل تناول الدواء.

Libro Typo

500 mg



Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable
146- 147, Zone Industrielle Tri Mellil, Casablanca

Deva

Respecter les doses prescrites
Liste I - sur Ordonnance

59X1A126
00487
9

Hexapneumine®

Composition :

Biclotymol	0,198 g
Pholcodine	0,120 g
Maléate de chlorphénamine	0,0133 g
Guaïfénésine	0,200 g
Excipients q.s.p	100 ml
Excipients à effet notoire : Ethanol, parahydroxybenzoate de méthyle sodé, saccharose.	

Flacon de 200 ml

AMM N° : 271/98DMP/21

P.P.V. : 27,00 DH

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

VITAMINÉE B1-C

6 118000 410072

LOT:M0899
PER:11/2024
PPV:29,00DH

10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

الورا 5 حلف

ديسلور اتادين

مرة واحدة يوميا
طويل المفعول
لا يسبب النعاس
مضاد للحساسية

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول

10. خطة الصناعة نبط مليل - الدار البيضاء

LOT:230143
DLUO:01/2026
49,00DH



125 ml

LOT 107044/FC1
PER 08/2025
PPC 67.90

Sans alcool
Sans sucre



SIROP

Flacon 125 ml