

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 canalaire, 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 canalaire.

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° M20- 0009972

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1661 Société : R. A. 7. 164093
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Z. R. i. ALI
Date de naissance : 01/06/1950
Adresse : Résidence wiam casablanca
OULFA
Tél. : 05 22 91 53 43 Total des frais engagés : 1019,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/23
Nom et prénom du malade : TALBI Lotfi Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Allergie pelvienne
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 : 15/5/23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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	Coche et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/5/23	Cet reflux pallie		400 20	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/01/2023	219,80

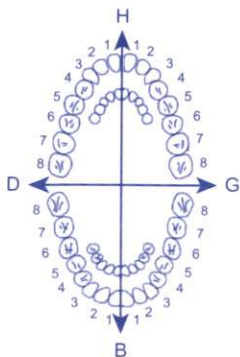
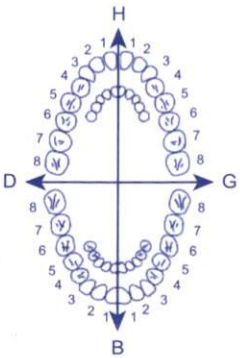
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100%;"/> B </div> </div>				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>

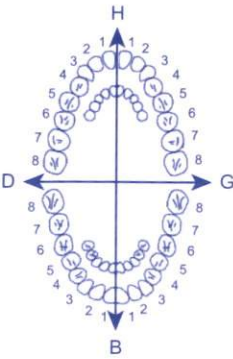
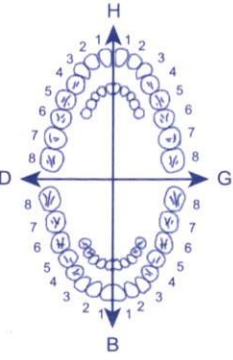
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est tenu 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><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				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. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة العباسي بركام حياة

إختصاصية في طب النساء والولادة

Diplômée de la faculté de Médecine

de Strasbourg - France

Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

-Accouchement

-Echographie

-Stérilité de Couple

-Maladies des Seins

-Chirurgie Gynécologique

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي

بستراسبورغ

-الولادة

-الفحص بالأمواف فوق الصوتية

-عقم الزوجين

-أمراض الثدي

-أمراض و جراحة الرحم

15/05/2023

Casablanca, Le

Mme TALBI Fatiha

143.00 x 3

MATEANCE CP

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir pendant 2 mois .

494

METEOSPASMYL CAPSULE MOLLE 60 G BOITE DE 20

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir

694

DI-INDO SUPPOSITOIRE 100 MG BOITE DE 10

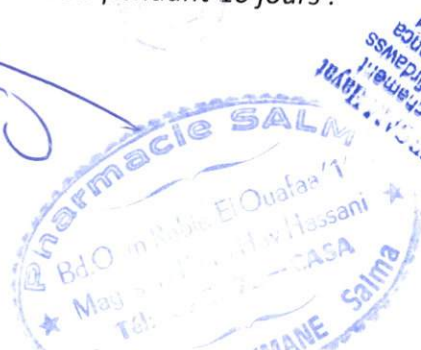
1 Suppositoire par jour pendant 6 jours

9900

REPADINA OVULE

1 ovule le soir pendant 10 jours .

619.80



Handwritten signature and date: 15/05/2023. The text also includes 'Pharmacie SALMA' and 'Bd. Oum Errabia, El Firdaous, Casablanca'.

Urgence : 06 61 43 83 26 مستعجلات

*10 ovule
de 50 mg*

Repadina[®]

ovules vaginaux

Repadina[®]

ACIDE HYALURONIQUE SEL SODIQUE 5 mg
10 ovules vaginaux

PPC : 90.00 DH

 DROMOPLUS
HARMA


FARMA · DERMA



Mateance

À base de Calcium, vitamine D3, Magnésium, B2 et B6

Synergie Optimale

40 Comprimés

20 comprimés
Calcium/Vitamine D3

20 comprimés
Magnésium/B2/B6

Fabriqué et
Distribué par :


**HEALTH
INNOVATION**

10 Rue Racine Valfleur, Maarif,
Casablanca, Maroc.

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217.19

N° Enregistrement au ministère de la santé :

N° 2022/23/94/V1/DMP/CA/18.

LOT: 2210026
FAB: 10/2022
EXP: 10/2025
PUC: 143.00DH





Mateance

À base de Calcium, vitamine D3, Magnésium, B2 et B6

Synergie Optimale

40 Comprimés

20 comprimés
Calcium/Vitamine D3

20 comprimés
Magnésium/B2/B6

Fabriqué et
Distribué par :


**HEALTH
INNOVATION**

10 Rue Racine Valfleur, Maarif,
Casablanca, Maroc.

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217.19

N° Enregistrement au ministère de la santé :

N° 2022/23/94/V1/DMP/CA/18.

LOT: 2210026
FAB: 10/2022
EXP: 10/2025
PUC: 143.00DH





Mateance

À base de Calcium, vitamine D3, Magnésium, B2 et B6

Synergie Optimale

40 Comprimés

20 comprimés
Calcium/Vitamine D3

20 comprimés
Magnésium/B2/B6

Fabriqué et
Distribué par :


**HEALTH
INNOVATION**

10 Rue Racine Valfleur, Maarif,
Casablanca, Maroc.

+212 522 23 22 51

contact@healthinnovation.ma

www.healthinnovation.ma

ONSSA N°: CAPV.59.217.19

N° Enregistrement au ministère de la santé :

N° 2022/23/94/V/DMP/CA/18.

LOT: 2210026
FAB: 10/2022
EXP: 10/2025
PUC: 143.00DH



ميتيوسباسمیل®

مايولي
سبندالر

رقم الحصة / LOT :

V0353

ت. الإنتاج / FAB :

09-2022

ت. الص. / EXP :

09-2025

ميتيوسباسمیل®

سترات / ألفيرين 60 ملغ سمكون 300 ملغ

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvérine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca



20 كبسولة لينة

عن طريق الفم

®

دي - أندو

أندوميتاسين كالسيك بانتةپدرات

ملغ 100

10 لبوسات

لابروفان
LAPROPHAN



Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40
EXP 08/2025
LOT 28008 6