

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 de 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 exigée 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° W21-804513

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BEN hayoun

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

164364

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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) :

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-804513

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
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												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0015426		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14/0015426

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle Wta		
Nom & Prénom Ben Hayane				
Fonction	Phones 06 62 15 15 15			
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient			
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age			Date 10/04/23	
Nature de la maladie			Date 1ère visite	
Sciatalgies aiguës				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Naturé des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
consultation		300,00 DH		
PHARMACIE	Date 10/04/23			
Montant de la facture	230,70			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	CACHET	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	CACHET	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM		IV

Dr. SMAILI Wissal

Spécialiste en Hépto-Gastro
Entérologie et Proctologie
Endoscopie Digestive - Echographie
Diplômée de la Faculté de Médecine de
Marrakech et de Paris
Ancien médecin interne du CHU Mohamed VI
de Marrakech



الدكتورة إسماعيلي وصال

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج والبواسير
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار الداخلي
خريجة كلية الطب والصيدلة بمراكش وباريس
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي
محمد السادس بمراكش

Marrakech le :

FACTURE

DATE : Le 10 /04 /2023

Nom et prénom : Touria Benhayoun

Montant facturé : 300 ,00 DH

○ Consultation : 300 DH



Centre d'Affaires Al Anouar, Bd Allal Al Fassi, 4ème étage, N° 43, Marrakech
(en face de la mosquée Al Anouar)

مركز الأعمال الأنوار، شارع علال الفاسي، الطابق الرابع، رقم 43، مراكش، أمام مسجد الأنوار

Tél.: 05 24 30 40 40 - 06 62 15 15 20 / E-Mail: wissalsmaili4@gmail.com



Comprimé
Voie orale

CARENCO®

Charbon végétal activé, ch

Lot: 220766
À consommer de
préférence avant le: 10/2027

PPC: 79,50 DH

FORME ET PRESENTATION :

Comprimé, boîte de 30 comprimés

COMPOSITION (par comprimé) :

Charbon végétal, chondrus (chondrus crispus) en poudre, argile alimentaire, fructo-oligosaccharide, dioxyde de silice, sucrose, phosphate de calcium; cellulose, amidon, fenouil (foeniculum vulgare) huile essentielle, polyvinylpyrrolidone, magnésium



Meteospasmyl®

Capsule molle - Boîte de 20

Citr

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

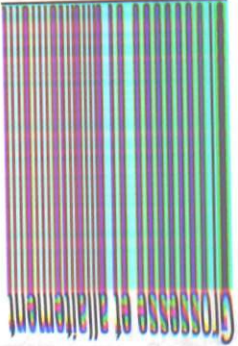


éticone

METEOSPASMYL, capsule molle avec des

aliments, boissons et de l'alcool

Sans objet.



Grossesse

Il est préférable de ne pas utiliser ce médicament

pendant la grossesse.

Si vous découvrez que vous êtes enceinte pendant le traitement, consultez votre médecin car lui seul peut juger de la nécessité de le poursuivre.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la médication ou votre pharmacien.

• Adressez-vous à votre pharmacien pour tout

DUOXOL® 500 mg/2 mg

Comprimé

Boîte de 20

Paracétamol - Thiocolchicoside

• Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.

• Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

• Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

• Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

• Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

COMPOSITION :

Paracétamol..... 500 mg

Thiocolchicoside..... 2 mg

Excipients : d.s.p..... 1 comprimé

Excipients à effet notoire : Amidon de blé, lactose.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT ?

Ce médicament est préconisé dans :

• Traitement symptomatique de la douleur d'origine rhumatismale ou musculaire en traumatologie et gynécologie.

• Traitement d'appoint des contractures douloureuses au cours :

- des affections vertébrales dégénératives et des traumatismes
- des affections traumatologiques et neurologiques

ATTENTION !

DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE

Ce médicament ne doit pas être utilisé en

• d'hypersensibilité

• de grossesse

• d'allaitement

• de traitement avec des anticoagulants

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

• de traitement avec des médicaments

DUOXOL® 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés

37,00

هپانات
40 قرص

73,80

A consommer de
préférence avant fin :

09/2025
Y269M

Lot n°

es ou pulmonaires, éviter les traitements
ans la composition d'autres médicaments.
ou à risque de convulsions.
posologie.

MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.
galactosémie congénitale, de syndrome de
tues au blé ainsi que des intolérances chez

**EDICAMENTS, IL FAUT SIGNALER
DECIN OU A VOTRE PHARMACIEN.**
ellement comme analgésique d'élection.
à l'acide phosphotungstique et le dosage

ISTÈME DE GESTION QUALI...
CERTIFIÉ ISO 9001:2015
PAR CERTIQUALITY

Produit Fabriqué par ESI srl

Via del'Industria 1 Albissola Marina (SV) ITALIA
Importé et distribué par ESNAPHARM 7, Rue Abdelmajid
Benjelloun - Maarif extension - Casablanca

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET
AFIN D'ÉVITER D'ÉVENTUELLES INTÉ
SYSTEMATIQUÉMENT TOUT AUTRE TR

DUOXOL® peut augmenter la toxicité du ch

En cas de traitement avec des anticoagul

Examens paracliniques :

La prise de paracétamol peut fausser le dosag

de la glycémie par la méthode à la glucose oxy

Dr. SMAILI Wissal

Spécialiste en Hépatogastro
Entérologie et Proctologie
Endoscopie Digestive - Echographie
Diplômée de la Faculté de Médecine de
Marrakech et de Paris
Ancien médecin interne du CHU Mohamed VI
de Marrakech




الدكتورة إسماعيلي وصال


اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج والبواسير
الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار الداخلي
خريجة كلية الطب والصيدلة بمراكش وباريس
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي
محمد السادس بمراكش

Tawfiya Benhayoun


Marrakech le : 20/04/2023

صيدلية المحمدية
PHARMACIE MOHAMMADIA
Mme DEBBAGH A.
N° 100 Av. Palestine - Marrakech
Tél : 05 24 30 28 78

1) Carbasorb cp 
79,90 2 cp x 31j. Pdt 40 Jours

2) Meteospasmyl cp 
40,40 2 cp x 31j Pdt 20 Jours

3) Duoxol cp 
37,00 2 cp x 21j Pdt 5 Jours

73,80
4) Hepamat cp 
230,7 2 cp x 21j Pdt 1 Mois

Centre d'Affaires Al Anouar, Bd Allal Al Fassi, 4ème étage, N° 43, Marrakech
(en face de la mosquée Al Anouar)

مركز الأعمال الأنوار، شارع علال الفاسي، الطابق الرابع، رقم 43، مراكش، أمام مسجد الأنوار

Tél.: 05 24 30 40 40 - 06 62 15 15 20 / E-Mail: wissalsmaili4@gmail.com