

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

N° M21- 0014397

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARISS Mohamed

Date de naissance : 12.07.2023

Adresse : 239, Rue TAZARINE Cas 20000

Tél. : 06.06.51.12.12 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/2023

Nom et prénom du malade : AICHA LOTFI Age : 56

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

Nature de la maladie : Abscès abut mal. Dent

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 : Agadir Le : 30/05/2023

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
30/05/23				
15/06/23				

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la facture

30/05/23

15/06/23

22800
18650

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

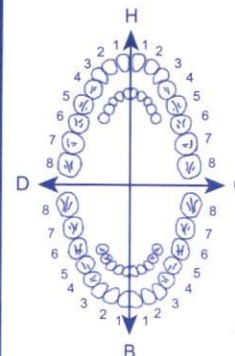
Coefficient

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

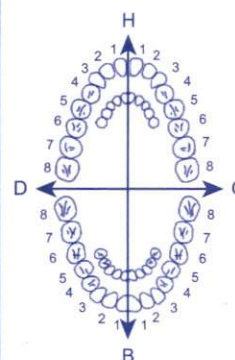
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
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

- ❖ Échographie générale
- ❖ suivi de grossesse
- ❖ Suivi pédiatrique
- ❖ Suivi diabète et HTA
- ❖ Conseils en dermatologie
- ❖ Conseils diététique



- ❖ الفحص بالصدى
- ❖ نساء، رجال و أطفال
- ❖ متابعة و مراقبة الحمل
- ❖ متابعة السكري و الضغط
- ❖ نصائح التغذية و الحمية
- ❖ نصائح للأمراض الجلدية

Le : 30/09/2023

Note d'honoraire

INPE : 041186966

Nom et Prénom : LOTFI AICHA

Désignation	Montant
CONSULTATION	150,00
Total	150,00

Arrêter la Présente Note à la somme de : Cent cinquante dhs (150,00)

Dr. KHLIJ Saloua
Médecine Générale
N° 24, Av. Anderrahim Bouabid
Lot. Atlasia - El Jhadia - Imzouane
Tél: 05 28 33 83 59

Sur prescription médicale

Gynoflor®

Lactobacillus acidophilus 100 millions
Estril 0,03 mg

6 comprimés vaginaux

Fabriqué par: Haupt Pharma Amareg GmbH
Donaustraße Str. 378, 93055 Regensburg, Allemagne
Pour: Medinova AG, Suisse

† medinova

Un comprimé contient:

Lactobacillus acidophilus 100 millions, estril 0,03 mg

Excipients: Lactose monohydraté, phosphate sodique dibasique (anhydre),

gélulose microcristalline, amidon glycolate sodique (Type A)

et téarate de magnésium. Excipient à effet notoire: Lactose monohydraté
A conserver au réfrigérateur (entre 2 - 8 °C). Tenir hors de la portée des enfants

Distribué par: ZENITH PHARMA
96, Zone Industrielle Tassilaqnezzane
Agadir-Moroc, Dr. M. EL BC UHMAADI,
Pharmacie Responsable

AMM N° 395/17DMP21/M/AQ

P.P.V.: 69,90 DHS

51735746
08/17

Fabriqué par: Haupt Pharma Amareg GmbH
Donaustraße Str.
Pour: Med

6 comprimés vaginaux

Lactobacillus acidophilus 100 millions
Estril 0.03 mg

Sur prescription médicale
Gynoflor®

Fluconazole

150 mg

4 gélules

Vole orale

PPV: 46DH70
PER: 03/27
LOT: M938-2



Gynoflor®

2747403



Gynoflor®

806442

6
Rt: Alike des Casseurs - Pharmacie Responsable
S. Blachout - Pharmacie Responsable
bottu

Dr Saloua KHLIJI

Médecine de famille

- ❖ Échographie générale
- ❖ suivi de grossesse
- ❖ Suivi pédiatrique
- ❖ Suivi diabète et HTA
- ❖ Conseils en dermatologie
- ❖ Conseils diététique



الدكتورة سلوى اخليجي
طبيبة الاسرة

- ❖ الفحص بالصدى
- ❖ نساء، رجال و أطفال
- ❖ متابعة و مراقبة الحمل
- ❖ متابعة السكري و الضغط
- ❖ نصائح التغذية و الحمية
- ❖ نصائح للأمراض الجلدية

Le :
15/06/2023

Mme AICHA LOTFI

216.70
NOCAND 150 mg

1 gel / semaine pdt 4 semaines

GYNOFLOR caps

1 caps intravaginale le soir pdt 14j

Dr. KHLIJI Saloua
Médecine Générale
Lot. 24, Av. Abderrahim Bouabid
Tel: 05 28 33 83 59
N° 24, Av. Abderrahim Bouabid
Lot. 24, Av. Abderrahim Bouabid
Tel: 05 28 33 83 59



Dr Saloua KHLIJI

Médecine de famille

- ✓ Échographie générale
- ✓ suivi de grossesse
- ✓ Suivi pédiatrique
- ✓ Suivi diabète et HTA
- ✓ Conseils en dermatologie
- ✓ Conseils diététique



الدكتورة سلوى اخليجي
طبيبة الاسرة

- ✓ الفحص بالصدى
- ✓ نساء رجال و أطفال
- ✓ متابعة و مراقبة الحمل
- ✓ متابعة السكري و الضغط
- ✓ نصائح التغذية و الحمية
- ✓ نصائح للأمراض الجلدية

Le : 30/05/2023

Mme AICHA LOTFI

98,00

116,00

ZAMOX 1000 mg/125 mg Sachet Poudre pour Solution orale

1 sachet * 3 /j pendant 10 j

14,00

HEXOMEDINE Transcutanée 0,15%

1 application * 3 / j pendant 10j

228,00



laboratoires SYNTHEMEDIC
2, Rue Zoubeir Bnou El Aouam
Boches Noires - Casablanca



sage Externe

flacon de 60 ml de
solution à 1,5 %

Antiseptique
Antibactérien

Hexomédine®
transcutanée
hexamidine

إكزوميدين®

عابر للجلد
إكزاميدين

14,00



قارورة 60 مل



Adulte
Poudre pour suspension
buvable en sachet



12 SACHETS

16 / 125 mg

AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE

ZAMOX®

زاموكس®

أموكسيسيلين - حامض كلافيلانيك
1 غ / 125 مل

الكبار

مسحوق لأجل
محلول للشرب
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -
حامض كلافيلانيك: 1/8

12 كيسا

PPV: 98DH00
PER: 02-26
LOT: M 537



زاموكس[®]

أموكسيسيلين - حامض كلافيلا نيك

1 غ / 125 ملغ

الكبار

مسحوق لأجل
محلول للشرب
عن طريق الفم



نسبة الأموكسيسيلين -

حامض كلافيلا نيك: 1/8

16 كيسا

PPV: 116DH00
PER: 01-26
LOT: M 356

