

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.

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-800761

165824

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12501 Société : RA7

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : HAMZA

Nom & Prénom : BOUDRAA M

Date de naissance : 11-12-1983

Adresse :

Tél. : 0666293531 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 JUN 2023

Nom et prénom : Age : 23

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

Nature de la maladie : Angio + diab

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.

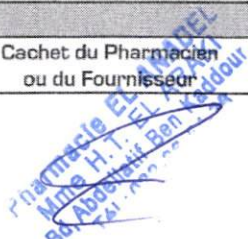
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

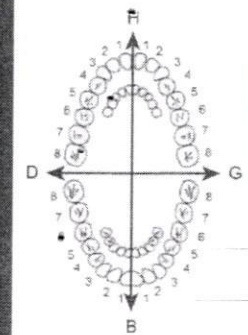
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
15.06.23			300	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/4/23	369,80

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>
				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 39533411 B </div> </div>			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	



Cabinet Dr. ZRIKEM Karima - Ep-Himmi

عيادة الدكتورة زريكيم كريمة - زوجة حمادي

Pédiatre
Maladies du Nourrisson et de l'Enfant
Allergie - Asthme
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine
de Casablanca

طبيبة الأطفال
اختصاصية في أمراض الأطفال
الحساسية - الضيق
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 10.06.23 : الدار البيضاء

Bonjour Karim

19. hoclav 500(x2)
18.9.02 15 x 3/4 x 8



Pharmacie EL ANASSER
Mme H.T. EL ARAKI
Bd Abdelatif Ben Kaddour
Tél. 06 61 45 52 44

29 Effipred 20mg
no. 1 2,5 cp/jour x 15



29 ceftioxyde
19.4.0 2g x 3/4 x 8



49 Ritonavir 150mg
15.9.10 1 x 1 x 10



الرجو احترام وصفة طبيكم

24,50 dorees.
3



1 cecle hoir x 1 ue

Toplexif.

1 cecle xi



x 6

369,80

Dr. Karima ZRIKEM Ep. HEMMI
Pédiatre
68, Rue Zarhoune (Ex. Reims)
CASA - Tél: 29 24 62 153

Pharmacie EL ANASSER
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél: 29 24 62 153



كيسات 12

أموكسيسيلين/حامض كلافلانيك : 1/8

سوكلاف 500 ملغ/62,5 ملغ

12 Sachets

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

Soclav[®] 500 mg/62,5 mg

Soclav[®]
Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1



500 mg/62,5 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيما
sothema

58,90





كيسات 12

أموكسيسيلين/حامض كلافلانيك : 1/8

500 ملغ/62,5 ملغ

12 Sachets

Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1

Soclay® 500 mg/62,5 mg

Soclay®
Amoxicilline/Acide clavulanique : 8/1



500 mg/62,5 mg

12 Sachets

Poudre pour suspension buvable

Voie orale

Enfants

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS



سوطيما
sothema

58,90



LOREUS[®]

Desloratadine 0,5 mg/ml

PPV: 24DH50

PER: 06/24

LOT: L2023



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

AMM N° 09/16 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

PPV: 24DH50

PER: 06/24

LOT: L2023



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

AMM N° 09/16 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
إحترموا الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

LOREUS®

Desloratadine 0,5 mg/ml

PPV: 24DH50

PER: 06/24

LOT: L2023



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

AMM N° 09/16 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترموا الجرعات المحددة

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

زونييل

%0

يق الأنف

للأنف

وميطازون

17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

20



20 ملغم

بريستونيل

إفستيا

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 06/2025
LOT 22012 8

01 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



الطبيب

إفستيا

إفستيا

TIBIO SYNALAR

18 غ

140
جرعة

b

bottu sa

82, allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

N° du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

19,40

