

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 canalaires, 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 canalaires.

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 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

M22- 0031119

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.117 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAGHIR MAROUANE
 Date de naissance : 27/10/1993
 Adresse :
 Tél. : 06 61 68 64 82 Total des frais engagés : # 630,80 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/08/23
 Nom et prénom du malade : SAGHIR MAROUANE Age : 29 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjointe ☐ Enfant
 Nature de la maladie : gastro-entérologie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

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
19/08/23	8623	C S	600DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

18/08/23

230,80

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 :

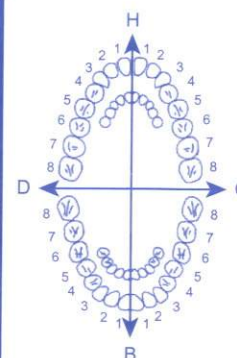
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

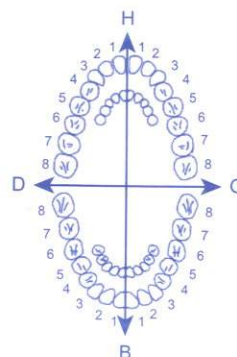
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

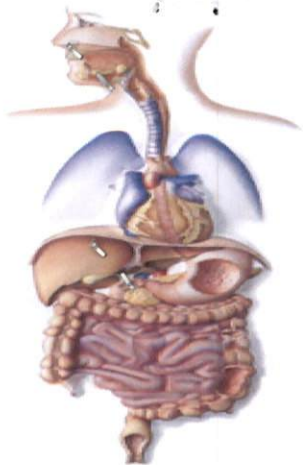
MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DOCTEUR NAJWA FILALI BABA

Spécialiste Des Maladies De L'appareil Digestif

Proctogie Médico-chirurgicale

Hépatologie

Echographie-Endoscopie interventionnelle

Casa le : 18/08/2023

Mr Saghir Marouane

ORDONNANCE

19,60
14,40

Hémofast crème + supp

1 Supp enrobé de crème 2/j

10 Jours

1 /j le soir

10 Jours

Fucidine Pommade

1 application sur le supp

60,00

Médivéne 600

1 deux/j

01 Mois

38,00

Alfamix 15 mg

1 cp /j milieux diner

07 jours

30,00

Oedes 20 mg

1/j à jeun

07 Jours

Osmosine

1 cà soupe avec un grand verre d'eau avant diner

SV

SV SV SV

SV

SV

230,80

PHARMACIE CASAVIEW
Dr Othmane BENNOUNA
Centre commercial Casaview
Nassim Islane - Casablanca
Tél: 0522 69 64 64 - WTS: 05 13 50 00

PHARMACIE CASAVIEW
Dr Othmane BENNOUNA
Centre commercial Casaview
Nassim Islane - Casablanca
Tél: 0522 69 64 64 - WTS: 05 13 50 00

Dr. Najwa FILALI BABA
Gastro - Entérologue
88, Bd Oum Rabii Rés. Colza 1^{er} Etage, N° 5
Casablanca -
Tél.: 05 22 89 21 16 - Gsm: 06 61 43 03 42
INPE: 091028753

Hemnofast[®]

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50

Hemnofast®

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50

Hemnofast®

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50

Hemnofast®

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50

Médiveine®

diosmine

600 mg

30 Comprimés sécables

Voie orale



LOT 230016 1
EXP 12 2025
PPV 60,00

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT	APRÈS

LOT 211545
EXP 05/2024
PPV 30.00DH

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

7 x

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



6 118000 120575



5 mg

entique
imés

ميلوكسيكام

مضاد للالتهاب

LOT: M1027
PER: 04/2025
PPV: 38,00DH

10 أقراص
عن طريق الفم

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. واجدي صيدلي مسؤول
147-148 المنطقة الصناعية نبط مليل - الدار البيضاء

Deva

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
عدم البلع - احترام الجرعات الموصوفة

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale

بناء على وصفة طبية فقط

فوسيدين 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

فلاميك
15 ملغ

10

من طريق الفم

ميلوكسيكام

مضاد للالتهاب

Code: AC2 - 00207

39.70