

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° P19- 067168

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 524890012425 Société : 174028

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HARWAL Noufissa Vve CHATOUJ Tahamed

Date de naissance : 21.01.1953

Adresse : 23 Rés ERAC N°13 Duffa Cora

Tél : 0663635349 Total des frais engagés : 1077,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/2023

Nom et prénom du malade : HARWAL NOUFISSA Age : 70ans

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

Nature de la maladie : DR Abd le

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
27/07/23	(Cs)	(11)	300 D 18	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/23	777,30
	27/07/23	

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				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 :

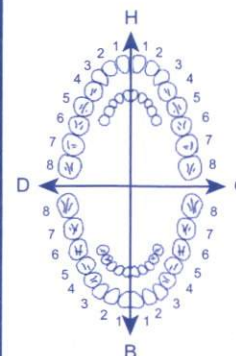
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



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

Dr BOUAMAMA Sophia

Spécialiste en Hépatogastro-entérologie

Proctologie médicale et chirurgicale

Endoscopie digestive

Echographie abdominale

Lauréate de la faculté

de médecine - Casablanca

Ancienne médecin au CHU Ibn Rochd



الدكتورة بوعمامة صوفيا

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

أمراض وجراحة القولون

انتفاخ البطن للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريطة الطب بالدار البيضاء

طبيبة بمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le

27/07/23

Harwal Nou Jissa

1/ 40x40x4

Meteospasmyl cp

43.2 (SV) 1cp x 3 / 5 pdt 1 mois

2) Forlax Sachet

(SV) 1 sachet x 3 / 5 pdt 2x

3/ 134x40x3

Cibata Sachet

pdt 1 mois

63.2

1 sachet / 5 pdt 1 mois

4/ Strow gel NATAS69

(SV) 1 gel all / 5 pdt 1 mois

5/ charbophle cp

(SV) 1cp x 3 / 5 pdt 2x



شارع واد الدورة، زنقة 33، صندوق الطابق الأول، مدار الشهيدة، الأنفة - الدار البيضاء

Bd. Oued Daoura, Rue 35, N° 59, Etage 1, Rd. Chahandia, Oulfa - Casablanca

Tél : 05 20 58 73 95 - E-mail : dr.sbouamama@gmail.com

PPC : 134 DH 00



PPC : 134 DH 00



PPC : 134 DH 00



LOT: W26085
Exp: 10/2025



FORLAX 100 SAC B20

P.P.V. : 73,50 DH

BOULEVARD ALMADA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

Lot : 3694

Mfg: 11 2022

EXP.: 11 2025

BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

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



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



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



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



PHILE®

taire à base de
activé+Fenouil

L 0614
P: 03/25
PVC: 77.00 DH

30 gélules

Poids Net 12g

**CHARBOPHILE est un complément
alimentaire et non médicament**

Fabriqué par C.M.C PHARMA s.a.r.l.
Ain Chak, Tey Hassidoulia III, rue 28 n°7 casablanca

Distribué par : Pharmaccess

PHARMACCESS s.a.r.l.

Agrément Sanitaire: CAPV.5.53.15
N° d'enregistrement : DA20171702194DM/220c/vi



Propriétés :

Extrait de charbon végétal activé : Puissant agent
d'adsorption. Fixe et élimine les gaz intestinaux.
Favorise un meilleur transit intestinal, ce qui diminue
la sensation de Ventre gonflé

FENOUIL : carminatif, digestif, facilite la digestion
et soulage les lenteurs digestives.

CHARBOPHILE®

Complément Alimentaire à base de
Charbon végétal activé+Fenouil

Ventre gonflé
Gaz intestinaux
Digestion difficile

30 gélules

Poids Net 12g

CHARBOPHILE®
Complément Alimentaire à base de
Charbon végétal activé+Fenouil