

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

M22- 0007614

175752

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3238 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B.DITE NAIMA

Date de naissance : 1950

Adresse : 2, Rue Pugine Menimée RES ZARA

VAL FLEURS

Tél. : 066.11.95140 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - CASA
Tél. : 27.08.40

Date de consultation : 09/03/2023

Nom et prénom du malade : B.DITE Naima Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : lésions

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 : CASA

Le : 09/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : Naima

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

RELEVE 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
03/03/2023	U	01 #	300.00	
03/03/2023	Radio	1 #	200.00	
03/03/2023	278			Dr. M. BELHA Chirurgien Orthopédiste 52, Bd Zekkouri, Casablanca 127.00.40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in three rows: upper central incisors (1), upper lateral incisor (2), upper canine (3), upper first molar (4), upper second molar (5), upper third molar (6), lower third molar (7), lower second molar (8), lower first molar (9), lower canine (10), lower lateral incisor (11), and lower central incisors (12). A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right.

(Création, remont, adjonction)

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - C. ASA
Tél. / 27.08.40

صيدلية شال فلوري
PHARMACIE VAL FLEURI
Mme MEKNASSI Asmaâ
87, Av. Sidi El Hani - Casablanca
Tél. 052 22 24 80

09.09.2023

58,50 X 2 Mme BDITE Naima

1 HYDROXO 5000 INJ

Faire 1 injection IM par jour pendant 08 jours (02 btes)

72,80 2 ALGANTIL GEL . DERM. (GRAND MODEL)

Faire 1 application le matin, à midi et le soir, pendant 10 jours.

13,40 3 COLCHICINE CP.

Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas. pendant 15j

42,00 4 KALEST 20 MG (BTE DE 14).

Prendre 1 gélule au coucher.

30,00 5 NO-DOL FEN 400 MG.

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant 6 jours.

94,00 6 MYDOFLEX 150MG

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas. PENDANT 10J

369,20

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - C. ASA
Tél. / 27.08.40

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52 Bd. Zerkouni - CASA
Tél. / 27.08.40

9 Septembre 2023

COMPTE-RENDU RADIOLOGIQUE

Nom : BDITE

Prénom : Naima

PRESCRIPTION:

Incidence : RX ASP DE FACE.

RESULTAT:

***** TASSEMENT OSTEOPROTIQUE DE L4.

Dr BELHAJ El Mostafa

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52 Bd. Zerkouni - CASA
Tél. / 27.08.40



Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - CASA
Tél. / 27.08.40

09.09.2023

Mme BDITE Naima

BON POUR LES SOINS PRODIGUES LE :09/09/2023

CONSULTATION SPECIALISEE =CS=300DH.

RADIOLOGIE 2Z8 =200DH.

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
CINQ CENT DIRHAMS =500DH.

Dr. M. BELHAJ
Chirurgien Orthopédiste
52, Bd. Zerkouni - CASA
Tél. / 27.08.40

LOT 220654
EXP 11/2024
PPV 42.00DH

Microgranules
Gastrorésistants

14
Gélules



Voie orale



MC PHARMA

KALEST[®]
Oméprazole 20 mg

®

جیانت

GANTIL

GANTIL

جیانت

100

ALGANTIL®

PPV 72DH80

EXP 01/2026

LOT 20043 1

GEL

POUR APPLICATION LOCALE

MYDOFLEX®

Tolpérison HCl

150 mg

Voie orale

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés



LABATEC

MYDOFLEX® 150 mg

Tolpérison HCl

30 Comprimés pelliculés



B
bartsmedic

GTIN : 06118001260850
EXP : 10/2025
MFG : 10/2022
LOT : 4052



كولشيسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم

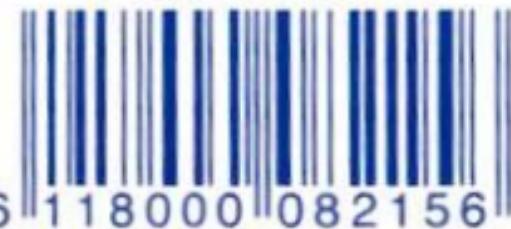
كولشيسين

١٣٤٠

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



6 118000 082156

20 قرصا قابلا للكسر

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

نو - دول فين

30 قرصا مغلفا

No-Dol Fen 400mg

احترم المقادير المعينة

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau C

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول C

PER: 11 2025

LOT: 22E011

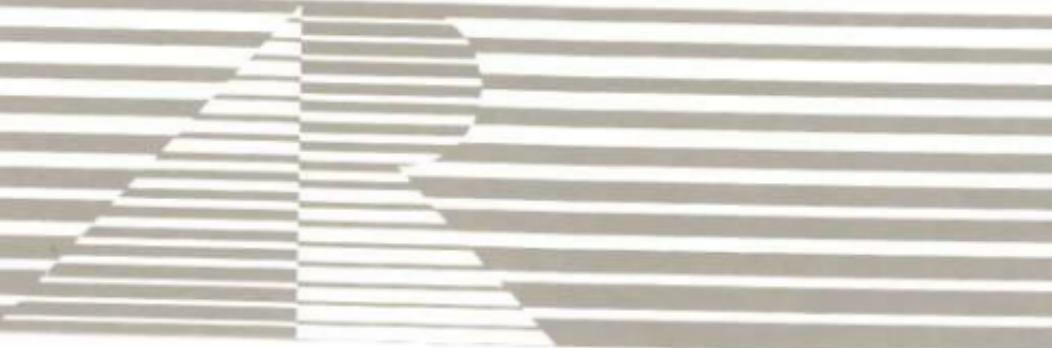
NO - DOL FEN 400MG
CP PELL 830

P.P.V : 30DH00
9 11 18 000 061878



Titulaire de l'AMM : sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat R.P.1 BP2611 - Ain Sebaâ 20250
Casablanca - Maroc.

Fabricant : Maphar
km 10, route côtière 111, Quartier industriel
Zenata - Ain Sebaâ 20250 Casablanca - Maroc.



hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2026
LOT 31001 3

هیدروکسسو 5000

250908F47234E030314

hydroxo 5000

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2026
LOT 31001 2

هيدروكسو 5000

hydroxo 5000

4 Ampoules Injéctables



des laboratoires ANPHAR-ROLLAND (France)
Fabriquée au Maroc sous licence
21, Rue des Oudaya - Casablanca
Laboratoires LAPROPHAN S.A.

1666X75
6

250908F47234E030314