

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030833

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Lechehab NAJAT
 Date de naissance : 18/02/59
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/10/2023
 Nom et prénom du malade : NAJAT LECHENAB Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : DEPRESSION + NTA
 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0030833

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
27/10/23	1cs2	1	gratuite	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/10/2023	56180



ANALYSE RADIOGRAPHIQUES

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <input type="text"/>																									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																									
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <td></td> <td></td> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			G	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552	00000000	00000000																									
	D			G																									
	00000000	00000000	00000000	11433553																									
35533411	11433553																												
B																													
			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

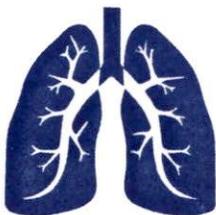
Docteur Mostafa chibani

(Ben Brahim)

Spécialiste des Maladies

de l'Appareil Respiratoire

Asthme - Tuberculose - Allergie



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن براهيم)

إختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق - السل - الحساسية

Oujda, le 27-10-2023 وجدة في

NAJAT LECHENAB

40900 (1) NO-DEP 50 sup 20x100x2

15960

1p6 x 3 mis



(2) BISOCARD 3990x4



56160

1p6 x 3 mis

الدكتور مصطفى الشيباني
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2, Rue Al Qods Oujda
Tél. 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 58 59

Site Pharmacie Ibn MACHICH-SARI
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda
Tél. : 05 36 69 02 25

2 زنقة القدس (مقابل مستعجلات مستشفى الفرابي) وجدة - الهاتف : 05.36.68.94.30 - النقال : 06.60.74.58.59

2, Rue El Qods (en face des Urgences de l'Hôpital Al Farabi) Oujda

Tél : 05 36 68 94 30 - Gsm : 06 60 74 58 59

CS0488-03

Zenith pharma

مصنع وموزع من طرف : زينيث فارما
96, المنطقة الصناعية, تاسيلا إنزكان أكادير - المغرب
د. محمد البوحمادي, صيدلي مسؤول

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable

AMM N° : 349/17DMP/21/NNP

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



كن حذرا
لتجنب القيادة
قبل قراءة النشرة

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

مستوى 1 (الجدول 1 / Liste 1)

بيزوكارد®

فيومارات البيسوبيرولول

عن طريق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810



5
مغ

30

قرصا مغلفا
قابلا للكسر

CS0488-03

Zenith pharma

مصنع وموزع من طرف : زينيث فارما
96, المنطقة الصناعية, تاسيلا إنزكان أكادير - المغرب
د. محمد البوحمادي, صيدلي مسؤول

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable

AMM N° : 349/17DMP/21/NNP

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



كن حذرا
لتجنب القيادة
قبل قراءة النشرة

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

مستوى 1 (الجدول 1 / Liste 1)

بيزوكارد®

فيومارات البيسوبرولول

عن طريق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810



5
مغ

30

قرصا مغلفا
قابلا للكسر

CS0488-03

Zenith pharma

مصنع وموزع من طرف : زينيث فارما
96, المنطقة الصناعية, تاسيلا إنزكان أكادير - المغرب
د. محمد البوحمادي, صيدلي مسؤول

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHMADEI, Pharmacien Responsable

AMM N° : 349/17DMP/21/NNP

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



كن حذرا
لتجنب القيادة
قبل قراءة النشرة

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

مستوى 1 (الخطوة 1) / (Liste 1) / (Tableau A)

بيزوكارد®

فيومارات البيسوبرولول

عن طريق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810



5
مغ

30

قرصا مغلفا
قابلا للكسر

CS0488-03

Zenith pharma

مصنع وموزع من طرف : زينيث فارما
96, المنطقة الصناعية, تاسيلا إنزكان أكادير - المغرب
د. محمد البوحمادي, صيدلي مسؤول

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable

AMM N° : 349/17DMP/21/NNP

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



كن حذرا
لتجنب القيادة
قبل قراءة النشرة

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة الموصوفة

مستوى 1 (الجدول 1 / Liste 1)

بيزوكارد®

فيومارات البيسوبرولول

عن طريق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810



5
مغ

30

قرصا مغلفا
قابلا للكسر

نو-ديب[®] 50 مغ

سيرترالين

NO-DEP[®] 50mg

60 cps pelliculés sécables ○



6 1.18000 050995

60 قرصا ملبسا

قابلا للكسر

LOT : 413

PER : NOV 2024

PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc

Sertraline

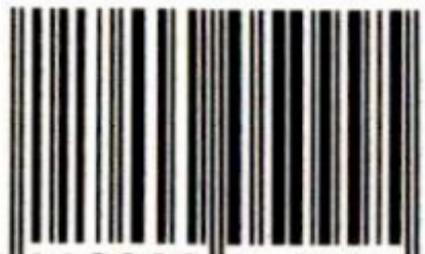
NO-DEP[®] 50mg

نو-ديب[®] 50 مغ

سيرترالين

NO-DEP[®] 50mg

60 cps pelliculés sécables ○



60 قرصا ملبسا

قابلا للكسر

LOT : 413
PER : NOV 2024
PPV : 201 DH 00

CiplaMaroc

Sertraline

NO-DEP[®] 50mg