

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

M23-0023613

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9043

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENBRAHIM

HASSAN

Date de naissance :

Adresse : BOUGGONE

Tél. 0661320935

Total des frais engagés

206,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 9 / 12 / 2014

Nom et prénom du malade : BENBRAHIM LINA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Fracture aigüe

Affection longue durée ou chronique :

☒ ALDD - 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.

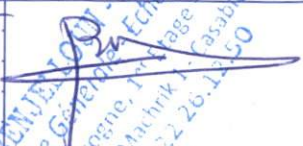
Fait à :

Le : / /


Signature de l'adhérent(e) :

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
9/1/24	cr	cr	prothés	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/1/24	206,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

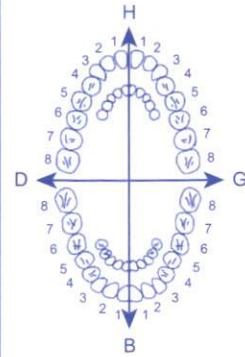
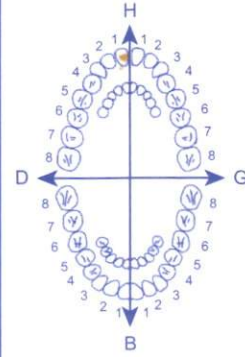
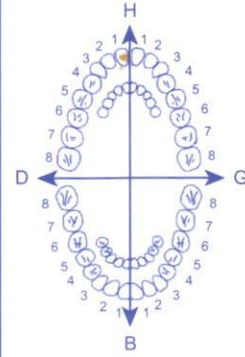
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
						CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
DATE DU DEVIS						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Khadija BENJELLOUN EL BOURY

Médecine Générale

Echographie

Boulevard Bourgone - 1er étage n°2

Résidence Al Machrik 1

Casablanca - Tél: 05 22 26 12 50

الدكتورة خديجة بن جلون البوري

الطب العام

الفحص بالصدى

شارع بوركون - الطابق الأول الرقم 2

إقامة المشرق 1 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 26 12 50

ORDONNANCE

13, Rue de la Bourgone
Casablanca - Tél: 05 22 26 12 50

Casablanca, le 3/4/2024

BENBRAHIM LINA

64,15

1) Axiungine 1p
2 cp x 21j p + j

S.V.

59,50

2) Ennea sing.
2 cāc x 21j p + b.

S.V.

20,00

3) Dth. gu'ppe

S.V.

63,2

1 sachet x 21j

4) Zyrtec 10mg

S.V.

806,80

1 cp b mi

Docteur Khadija BENJELLOUN EL BOURY
Médecine Générale - Echographie
Boulevard Bourgone, 1er étage - N°2
Résidence Al Machrik 1 - Casablanca
Tél: 05 22 26 12 50

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10 LOT 2N005 2
EXP 04/2025

LOT 097938/F026
PER 10/2024
PPC 58 50

PPV:20DH00
PER:09/25
LOT:1.3124

ORDONNANCE

سوطيما
Sothema

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - MAROC
sous licence UCB PHARMA SA

مصنع من طرف مختبرات سوطيما
ص.ب رقم 1، 27182 بوسكورة - المغرب
UCB PHARMA SA بترخيص



Composition :
Cétirizine dichlorhydrate10 mg
Excipients.....q.s.p un comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Voie orale.
Lire attentivement la notice avant utilisation.

E14010A00

Zyrtec® 10 mg

Cétirizine dichlorhydrate



15 comprimés pelliculés sécables



Zyrtec® 10mg

Cétirizine dichlorhydrate
15 comprimés pelliculés sécables

زيرتيك® 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهايدرات
15 قرصا ملبسة قابلة للكسر



89x55x21

التركيبية :

سيتيريزين ديكلورهيدرات 10 ملغ
السواغاتكمية كافية لقرص واحد.
سواغ ذو تأثير معروف : لاكتوز.
عن طريق الفم.
اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الاستعمال.



Tenir hors de la portée et de la vue des enfants

يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مراءى الأطفال



يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau C (List II)

يصرف بموجب وصفة طبية - لائحة س (قائمة II)



63,20

زيرتيك[®] 10 ملغ

سيتيريزين ديكلورهيدرات



Zyrtec[®] 10mg

15 قرصا ملبسة قابلة للكسر



AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg

15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

