

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

N° W19-469284

B6764

CAS

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8088	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		TAST SOUHA	
Date de naissance :		10/07/1961	
Adresse :		Annych la bouskoura quartier de Casablanca 13 Rue 1 ère étage	
Tél. :			
Total des frais engagés Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12/06/2020
Nom et prénom du malade :	TAAI DEHLI
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	asthme
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 : Casablanca

Le : 22/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

D	R	Il	re
C			

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
21/06/2022	L 2	250 DM		INP : 09 10 22 89 Dr. AMRANI HENCHI SAIDA Pneumo-Phthisologue et Allergologue Résidence Firdaus, GH25A RDC - CASABLANCA Tel : 05 22 89 02 02

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU 11 MAI 61, Avenue 2 Mars - CASABLANCA Tél: 05 22 81 17 67	12/06/22	629,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

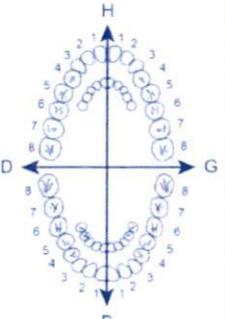
Cachet et signature Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
AMRANI HENCHI SAIDA Pneumo-Phthisologue et Allergologue Résidence Firdaus, GH25A RDC - CASABLANCA Tel : 05 22 89 02 02	12/06/22	Ry	150 DP

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25532412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25532412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
H	25532412	21433552									
D	00000000	00000000									
B	35533411	11433553									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>									
DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION										

Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - phtisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques
Asthme, Rhinite, Tuberculose
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

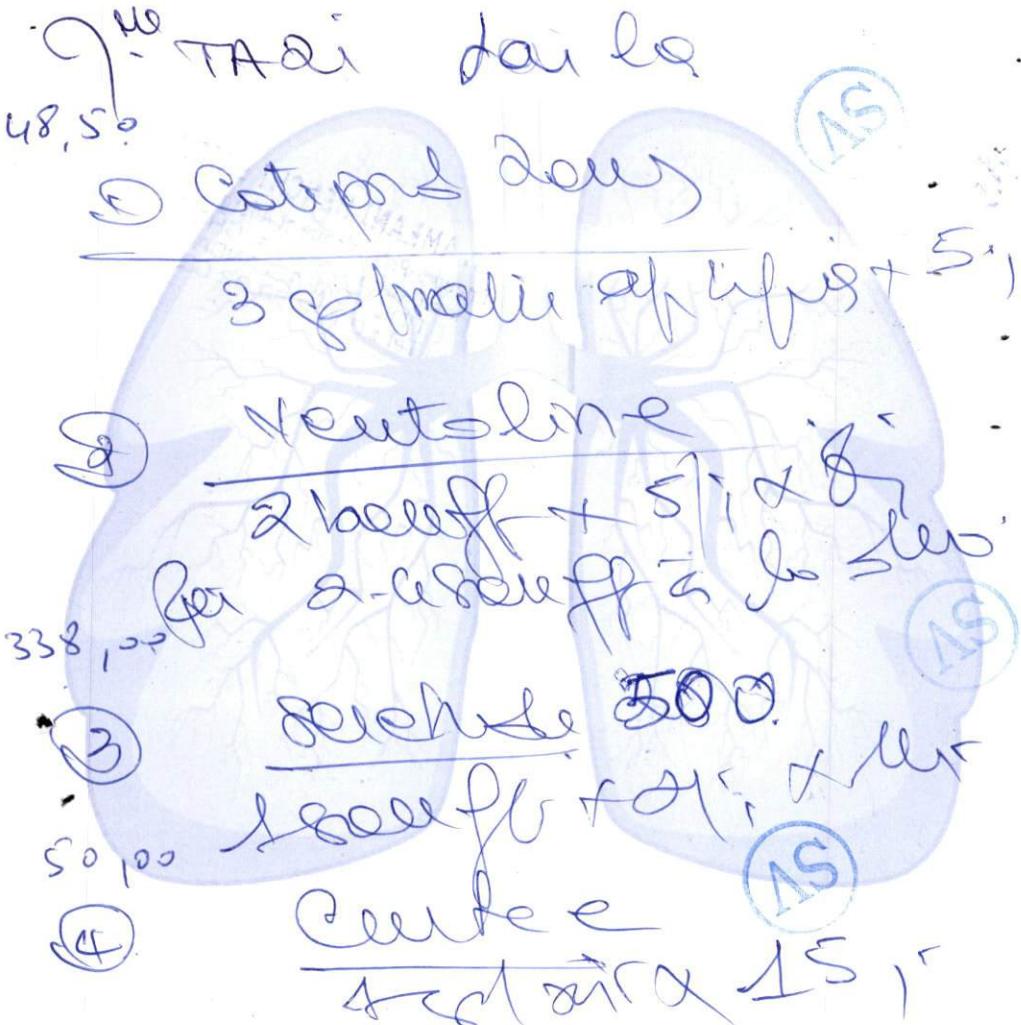
Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



للدكتورة عمراني حنشي سعيدة
اختصاصية
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق ، داء السل
كبار و أطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
ومستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le الدار البيضاء، في



111,00 Ⓢ Dakin 500



82,10

1 gtl x 2

⑨ Inhaler 200



1 gtl matin & jeu x 14 i

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue
Residence Firdaous, GH25A
RDC - CASABLANCA
Tél : 00 22 88 02 02

629,60
~~PHARMACIE D'ASMIN~~
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mai - CASA
Tel : 09 22 81 1767

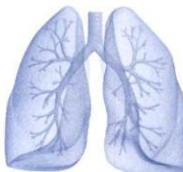
Docteur AMRANI HENCHI SAIDA

Pneumo - ptisiologue
Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose
Bilan Allergologique
et explorations respiratoires

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd
Et Hôpital Moulay Youssef



الدكتورة أمراڻي حنچي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسى

الضيق، داء السل

تحليلات الحساسية والتنفس

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le :

Nom & Prénom :

TELETHORAX

Interprétation :

Pas d'anomalie Parenchymateuse

Pas d'anomalie mediastinale ni

Squelettique

Culs de sacs libres

Silhouette cardiaque normale

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA
Pneumo-Phthisologue et Allergologue
Résidence FIRDAOUS, Casablanca, GH25A
RDC - Tél : 05 22 89 02 02

Honoraires : Z12

150 DH

من 500

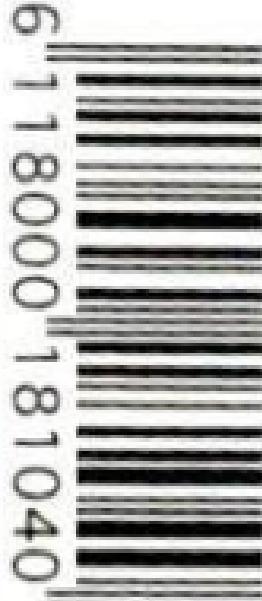
إر إكسلان®

ليفوفلوكساسين

E'raxin® 500 mg

levofloxacin

7 Comprimés pelliculés



6 118000 181040

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou

El Aouan 20500 Casablanca

PP

LO

P.P.V: 111.00

PER :

إينكسيوم® 20 مغ

إزوميزرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bneu al aquam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boite 14

64015DMP/21/NRQ P.P.V: 82,10 DH



6 118001 020591

14

comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14

قرص صامد
لمجموعة المعدة
من طريق الفم

AstraZeneca

FAB. AUG-19
EXP. JUL-22
LOT ZCSU

6000020454

ID : 634037
GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV : 338,00 DH



Voie inhalée

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance

SALMÉTALOL
propriété de l'acétosulfone / Disks
SERETIDE 500
microgrammes / 50 doses par dose

Formule :

Prednisolone 20 mg (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent sécable

Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de prednisolone (sous forme de métasulfobenzoate sodique)

Posologie, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet notoire : voir notice

PPV : 48DH50

PER : 01-23

LOT : J245

Cotipred®

prednisolone

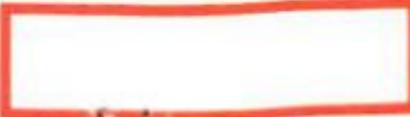
(métasulfobenzoate sodique)

20 mg

20 comprimés
effervescents
sécables



AMM N° 306 DMP/21/NCdP



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

b

bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Séba - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

Curtec® 10 mg

Cétirizine

Curtec®
Cétirizine
10 mg

15 comprimés sécables



PPV: 50DH00
PER: 02/23
LOT: J522

voie orale



b

BOTTU s.a
82, Allée des Casamans - Ain Sébaâ - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



Cétirizine dichlorhydrate (DCI) 10 mg par comprimé

Selon prescription médicale

Précautions d'emploi : lire attentivement la notice

AMM N°191/16DMP/21/NRQ

ك و ر ط ب ل ع ®
سيتيريزين

10 ملخ



ب 15 قرصا قابلة للكسر
بولي إيثيلين - عین السنجق - سنبلي مسلوق
بولي إيثيلين - عین السنجق - سنبلي مسلوق

Curtec® 10 mg
Cétirizine

15 comprimés sécables
6 118000 040989

