

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° P19-0004332

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAURACH Badia Date de naissance : 06.06.48
Adresse : 14, Bd Med Abdou CASA
Tél. : 0664 860 960 Total des frais engagés : 149+300+100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/12/2019
Nom et prénom du malade : LAURACH BADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Accident de l'2 de IV droit Dn
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 07/02/2020 - Ceso. Le : 07/02/2020
Signature de l'adhérent(e) : PO4

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
30/12/10			300	

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

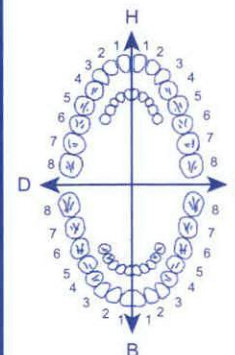
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

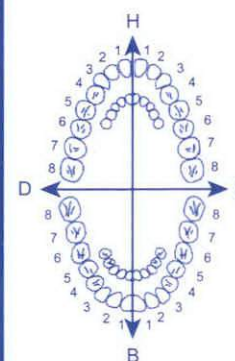
MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
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



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 30.12.2019

LAHRACH BADI

① Andel 1g 14.00
1 gp = 3 39,00

② Mefsal 15mg 96,00
1 gp

③ parazol 20mg
1 gel / j

PHARMACIE du CENTRE
CHRAÏRI KHAILI
Docteur en Pharmacie
Quartier Palmiers et Mohamed
Tél: 0522 25 14 67
INPE: 092017342
Casablanca

CLINIQUE ZERKTOUNI
D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE
Angle Bd. 9 Avril
Mohamed Abdou

Dr. Issam GUERROUJI
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

149,50

1000
مليجرام
قرص فوار



أندول

باراسيتامول
للآلام و الحمى

8x قرص فوار



COOPER
Pharmacia

COMPOSITION:

Paracetamol (DCL) 1000 mg
Excipients: q.s.p. 1 comprimé effervescent

Excipients à effets notoire: Sodium, Aspartam, Sorbitol.

1000 ملج

قوة الفعالية

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

موزون

Comprimé effervescent 8x

14.50

40.00

10.00

14.50

Lot N°:

A ut. av.

PPV(DH)

ANDOL[®]

PARACETAMOL

1000 mg

1000 mg

1000 mg

1000 mg

1000 mg

1000 mg

1000 mg

1000 mg

ANDOL[®]

PARACETAMOL

Douleurs-Etats fébriles



1000 mg
Voie orale

Comprimé effervescent

8x



COOPER
Pharmacia

INDICATIONS:

indique en cas de douleur et/ou fièvre, telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses.

Cette indication est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg la partir d'environ 15 ans.

Pour toute information sur les contre-indications, la posologie, le mode d'administration, les mises en garde, les surdosages, veuillez vous référer à la notice.

Les médicaments ne doivent pas être jetés au tout-à-l'égout ou avec les ordures ménagères. demander conseil à votre pharmacien.

دواعي الاستخدام

يستخدم في حالة الألم و الحمى كالمسكن و لتخفيف عظمي، ألم الصدأ و الحمى و في 15

الحد و يمكنه في الحالات الشديدة، هذا الدواء ليس بآمن و لا يجب استخدامه مع

سابقاً و مع الأدوية التي لها تأثير مضاد للتخثر و الأدوية التي لها تأثير مضاد

للمعدة و مع الأدوية التي لها تأثير مضاد للتخثر و الأدوية التي لها تأثير مضاد

للمعدة و مع الأدوية التي لها تأثير مضاد للتخثر و الأدوية التي لها تأثير مضاد

للمعدة و مع الأدوية التي لها تأثير مضاد للتخثر و الأدوية التي لها تأثير مضاد

للمعدة و مع الأدوية التي لها تأثير مضاد للتخثر و الأدوية التي لها تأثير مضاد

للمعدة و مع الأدوية التي لها تأثير مضاد للتخثر و الأدوية التي لها تأثير مضاد

39,00

15 ملغ
عن طريق الفم



ميفسال
ميتوكندريو

أفراص قابلة للكسر

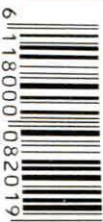
10x



MEFSAL® 15 mg



10 comprimés sécables



6 118000 082019

مادة - صباغ - زوال - صباغ



COOPER
PHARMA

Prazol[®] 20^{mg}
oméprazole

Voie orale

28

gélules

Microgranules gastro-résistants

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV : 96DH00
PER : 03/22
LOT : 11717-2



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

30/12/2019

Facture N° 9385/19

Mme LAHRACH BADIA

Consultation	300 DH
Radiographie	300 DH
Syndactilisation	100 DH

TOTAL

700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de
// Sept cent Dirhams//





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le 30/12/2019

Compte rendu radiographique

Mme LAHRACH BADIA

Incidence:

- Main droite de face+3/4

Résultat :

Arrosage de L2 de la IV droite
Dr

