

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 canalaire, 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 canalaire.

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- 0042210

ND = 21241

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5467 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SABER ISMAIL
Date de naissance : 01-01-1958
Adresse : AZLI Sud n° 992 Marrakech
Tél : 0664841818 Total des frais engagés : 1687,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 422 psych...

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, joindre 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) : ACCUEIL

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
07/02/2020	C	1	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OURIKA Rue Boumia 11 Ourika GSM 06 51 12 81 49	07/02/2020	1487,40

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Iz Arab AMMOR

Chirurgien Urologue



- Diplômé de l'Université de Paris-France
- Ancien Assistant des Hopitaux de Paris
- Ancien Chirurgien de l'Hôpital Militaire Avicenne
- Maladies et Chirurgie des reins-Voies Urinaires
- Maladies de l'appareil génital - Stérilité du couple
- Impuissance Sexuelle - Circoncision

CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE - ECHOGRAPHIE

Marrakech le, 07/02/2020

Mr. SABER ISMAIL

الدكتور عز العرب حمور

أمراض وجراحة المسالك البولية

- خريج جامعة باريس - فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات باريس
- والمستشفى العسكري ابن سينا
- أمراض وجراحة الكليتين والمسالك البولية
- أمراض الجهاز التناسلي
- العقم وضعف قوة الجماع - ختانة الأطفال
- الجراحة المجهرية - الفحص بالصدى الصوتي

62,00

IBEFLOX 200 x 4

1 cp x 2 / JOUR 20 JOURS



193,10

CONTIFLO OD x 1

1 CP / JOUR X 3 MOIS



490,00

Rectis 5 x 2

1 CP / JOUR X 3 MOIS



66,30

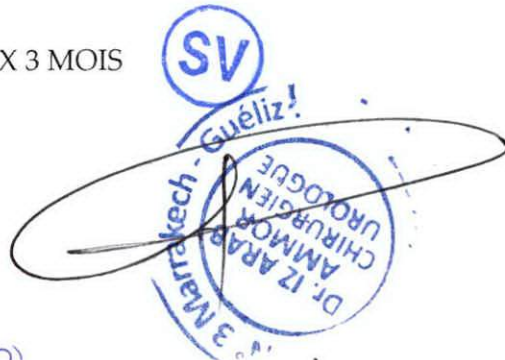
DITROPAN x 1

1/2 CP X 2 / JOUR X 3 MOIS



1487,40

PHARMACIE
JOUR ET NUIT
Kor. Imme 10 - 11 Ourika
GSM 06 66 81 49



AV: 600,00
R: 250,00

213, Avenue Med V - 1^{er} étage Appt n° 3
(Imm. de la RAM) Marrakech
Tél C. : 05 24 43 00 99 - Fax : 05 24 43 10 10
INP : 071010383

E-mail : izarabammor@gmail.com

213, شارع محمد الخامس عمارة الخطوط الملكية

الطابق الأول الشقة رقم 3 - مراكش

الهاتف : عيادة 05 24 43 00 99 - الفاكس : 05 24 43 10 10

L. 03: 10312003

PER: 1-2023

PRV: 21001

62,00

IBEFLOX[®]

ofloxacin

200 mg

10 Comprimés



IBERMA

L. 033-03312003

PER: 1-2023

PRV: 2.001

62,00

IBEFLOX[®]

ofloxacin

200 mg

10 Comprimés



IBERMA

L. 03: 10312003

PER: 1-2023

PRV: 21001

62,00

IBEFLOX[®]

ofloxacin

200 mg

10 Comprimés



IBERMA

L. 03: 10312003

PER: 1-2023

PRV: 21001

62.00

IBEFLOX[®]
ofloxacin

200 mg

10 Comprimés



IBERMA



Soyez prudent

Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC

169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

كونتفلو[®]

كلور هيدرات تامسولوزين

CONFIFLO[®] OD 0.4mg

Boite de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale




SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

60 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ

Rectis®

tadalafil

5 mg

30

comprimés pelliculés

Voie Orale



RECTIS® 5mg

Boîte de 30 Comprimés

PPV : 490DH00



6 118000 072553

AMM N°: 143/19/DMP/21/NMP



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR
Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630
Mohammedia, Maroc

صنع من طرف مختبرات أفريك-فار
المنطقة الصناعية عين حرونة
غرب الطريق الجهوي رقم 322
(الطريق الثانوي 111 سابقا)
كلم 12.400 عين حرونة
28630 المحمدية، المغرب

Médicament autorisé n°

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصى بها

Tableau A

A جدول



Rectis®

tadalafil

5 mg

30

comprimés pelliculés

Voie Orale



RECTIS® 5mg

Boîte de 30 Comprimés

PPV : 490DH00



6 118000 072553

AMM N°: 143/19/DMP/21/NMP



Fabriqué par les Laboratoires AFRIC-PHAR
Zone Industrielle Ouest Ain Harrouda
Route Régionale n° 322 (ex R.S 111)
Km 12.400 Ain Harrouda 28 630
Mohammedia, Maroc

صنع من طرف مختبرات أفريك-فار
المنطقة الصناعية عين حرونة
غرب الطريق الجهوي رقم 322
(الطريق الثانوي 111 سابقا)
كلم 12.400 عين حرونة
28630 المحمدية، المغرب

Médicament autorisé n°

Respecter les doses prescrites
احترم الجرعات الموصفة

Tableau A

A جدول



Ditropan 5mg

60 Comprimés
sécales



maphar

Km 10, Route côtière 111, Qi-Zenata,
Ain Sebaa, Casablanca.

Rachid LAMRINI, Pharmacien Responsable

Uniquement sur ordonnance - Liste II
يجوز فقط بصفة طبية - لا يباع

احترام القانون المغربي
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Ditropan 5mg

66,30

