

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)**



## Déclaration de Maladie

N° P19-0037894

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : 27/07/2020

Nom et prénom du malade : Bounkhraiss Hira Age : .....

Lien de parenté : .....

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 N° P19-037894

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 : .....



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/05/20        | Ce                |                       | 280,00                          | Dr. EL MAHMOUD   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie HANZA<br>Lot. 6 N° 3 Lot. 6<br>Casablanca - Tél: 0522 93 10 2 | 20/05/20 | 1183,80               |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

## 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                | 10     |    |    |    | 1800,00                         |
|                                  |                |        |    |    |    | 1183,80                         |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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

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'

| 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  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                     | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D  | G                |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553         |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B  |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |                     | 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. Kamal EL MAKHLQFI

Spécialiste O.R.L et Chirurgie de la Face et du Cou.

Explorations Fonctionnelles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Genève.

Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Ancien Interne de C.H.U de Grenoble, Rouen et Bruxelles.

Membre Associé de la Société Internationale d'Oto-Neurologie.

## الدكتور كمال المخلوقي

أمراض و جراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه، العنق .  
والكشوفات الوظيفية لأمراض الأذن الداخلية للكبار والصغار  
خريج كلية الطب بجنيف - سويسرا .  
عضو جراح سابق بالمستشفيات الجامعية بجنيف،  
بروكسيل، فرنسا  
عضو بالجامعة الدولية لأمراض الأذن الداخلية والدوخة



20/8/20

Mlle Boukhraiss Hbs

1 Cycloidal 400

270,00 x 2

SV

580 x 315 5 x 8

SV

4 Solymed 200

290 - h - abo pd 78

pd 70

pd 290

pd 140

pd 70 → 80

37 Oeels

09,10 140

1 ms

SV

STEPHANE HAMZA  
NCA  
Lotte Maj Salah Rue 6 N° 3 Lot 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Imm Communal Hay Hassani, Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour, Entrée B, 3ème étage, App.4 - 20230 Casablanca

E-mail : Kamalorl@hotmail.com - Tél. : +212 522 89 52 52 - Urgence. : 06 76 27 76 65

عمارة الجماعة الحضرية للحي الحسن، ملتقى شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور مدخل «ب» الطابق الثالث شقة رقم 4 - 20230 - الدار البيضاء

البريد الإلكتروني : Kamalorl@hotmail.com - الهاتف : 05 22 89 52 52 - المستعجلات : 06 76 27 76 65



41. Hylocosmod  
15000

SV

1st 6 of oct 5.

of Stristup

SV S.P

21.00 per femme oeil G.

49.60 pendant le sommeil

El Damsort 100000

21.5023 1 unit / 150 4 units / 2000

of Neuralpro  
of Neovimab 1 unit / 50

SV(SV)

84.50

STE PHARMACIE HAMZA  
C.A. ANCA  
Lotis. Haj faten Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

1183.80

STE PHARMACIE HAMZA  
C.A. ANCA  
Lotis. Haj faten Rue 6 N° 3 Lot. 64  
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

**NEOVIMAG<sup>®</sup>**  
MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6  
300 mg

**NEOVIMAG<sup>®</sup>**

300 mg

MAGNÉSIUM MARIN - Vit.B6

Lot : NVM18  
A consommer avant le : 05/2022  
PPC: 84.50 DH

**MEDIPRO**  
PHARMA

Sans sel - Sans sucre

**30**

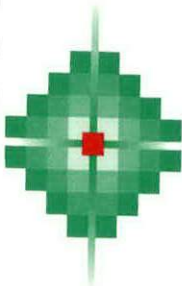
Gélules

Voie Orale

# MIGRALGINE®

18 GELULES

VOIE ORALE



MIGRALGINE®

18 GELULES

21,50

PPV:21DH50

PER:06/21

LOT:I1448

# MIGRALGINE®

18 GELULES

VOIE ORALE

21,50

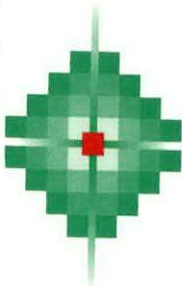
PPV:21DH50

PER:06/21

LOT:I1448

18 GELULES

## MIGRALGINE®



# MIGRALGINE®

18 GELULES

VOIE ORALE

21,50

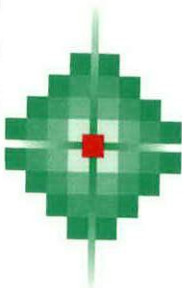
PPV:21DH50

PER:06/21

LOT:I1448

18 GELULES

## MIGRALGINE®





LOT 190817  
EXP 02/2022  
PPV 99.00DH

**OEDDES<sup>®</sup>**  
oméprazole



**20**  
mg  
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

28 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



**COOPER**

PHARMA

**Solupred® 20mg**

prednisolone

voie orale

0 Comprimés effervescents



prednisolone

voie orale

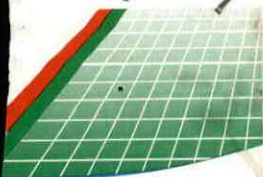
Comprimés effervescents

**Solupred® 20mg**

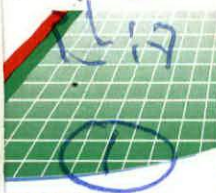
prednisolone

voie orale

Comprimés effervescents



sanofi aventis



sanofi aventis



sanofi aventis

58,40

58,40

58,40

**Solupred® 20mg**

**Solupred® 20mg**

**Solupred® 20mg**



PPV:49,60 DH  
LOT: 20C02  
EXP: 03/2023

7

Solution huileuse buvable

محلول زيتي للشرب



100 00 وحدة لولة  
كربلاء 03  
يتاسي

قوي  
ك-ن

أمنولات للشرب

Fabriqué par :



SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001 320103



1

2

3



# HYLO- COMOD®

Sans agents conservateurs



**Collyre  
humidifiant**

Compatible avec  
tous types  
de lentilles

**10 ml**

de solution stérile  
sans phosphate  
pour voie ophtalmique



**URSAPHARM**



20201

**LOT**

24456

PPC:

15004



# **CICLOVIRAL<sup>®</sup>** 400 mg

Aciclovir

LOT 202893

EXP 01/23

PPV 270DH00

**Voie orale**

**25 comprimés**

# **CICLOVIRAL<sup>®</sup>** 400 mg

Aciclovir

LOT 202893

EXP 01/23

PPV 270DH00

**Voie orale**

**25 comprimés**