

# 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Prothèse :

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

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

Dossier N° M20- 0008669

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3394 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENDIDANE Mohamed  
Date de naissance : 12-9-60  
Adresse : habituelle  
Tél. : 0661 084799 Total des frais engagés : 3277,00 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 : .....

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 : 25/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W17-099510	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-099510

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 3394						
Nom & Prénom <u>BENDIDANE Noham</u>								
Fonction <u>Retraite</u>	Phones <u>0661084799</u>							
Mail <u>bendidane@yahoo.com</u>								
<b>MEDECIN</b>								
Prénom du patient .....								
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date <u>27-01-21</u>						
Nature de la maladie		Date 1ère visite						
<u>Bronchite Aigue</u>								
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>Cardiologie</u></td> <td></td> <td><u>350 DH</u></td> </tr> </tbody> </table>			Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	<u>Cardiologie</u>		<u>350 DH</u>
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires						
<u>Cardiologie</u>		<u>350 DH</u>						
<b>PHARMACIE</b>								
Date <u>08/11/2020</u>								
Montant de la facture								
<u>6878</u>								
<u>239,20</u>								
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>								
Date : <u>08/11/2020</u>								
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires							
<u>ODM Prothèse</u>	<u>2000 DH</u>							
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>								
Date : .....								
Nombre		Montant détaillé des Honoraires						
AM	PC	IM						
		IV						

**Docteur HARTI A.**  
 Professeur de Réanimation  
 et Médecine d'Urgence  
 70, Rue Cadi Iass - Casablanca  
 Tél : 0661 14 20 06

**DR. SEKKAT**  
 Pharmacie  
 102, Rue Cadi Iass - Casablanca  
 Tél : 05 22 52 74 00

**DR. MAGHREB**  
 70, Rue Cadi Iass Maârif  
 Tél : 0522 990 990 - Fax : 0522 22 74 40

# مصحة المغرب

## CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi lass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 08/11/2020

Bendiblan Mohamed

1/ Azix 500mg  
o 1 cp le premier jour  
puis 20mg / j ptt ob j

2/ Vit C 1000 mg  
o 1 cp x 02 j

3/ Zinaslin  
o 2 cp x 03 j

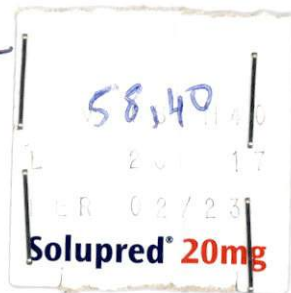
2x 18,40 / 4/ Solupred 80mg

o 3 cp / 12 h ptt 07

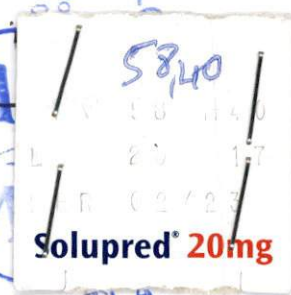
349,00 - 5/ Lovenox 0,6 cc

222,00 / 1 Augmentin 1g sachet  
o 1 inj sous cutané / j  
o 1 sachet x 03 j

6878



PHARMACIE JARDINS POL  
Pajaa SEKKAT  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Po  
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 0



Docteur HARTI A.  
Professeur de Réanimation  
et Médecine d'Urgence  
70, Rue Kadi lass - Casablanca  
Tél : 05 22 14 20 06

Pfizer

Laboratoires Pfizer S.A.  
Route de Qualidia,  
El Jadida - MAROC

# زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg 

3 comprimés



6 118000 250500

INDICATIONS ET POSOLOGIE :  
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :  
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

UT.AV. :

08 2022

P.P.V.

8

LOT N° :

1295379

79 70

79,20

09366030/4

Pfizer

Laboratoires Pfizer S.A.  
Route de Qualidia,  
El Jadida - MAROC

# زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg 

3 comprimés



6 118000 250500

INDICATIONS ET POSOLOGIE :  
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :  
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

UT.AV. :

08 2022

P.P.V.

8

LOT N° :

1295379

79 70

79,20

09366030/4



Pfizer

Laboratoires Pfizer S.A.  
Route de Qualidia,  
El Jadida - MAROC

# زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg 

3 comprimés



6 118000 250500

INDICATIONS ET POSOLOGIE :  
se conformer à la prescription médicale.

CONDITIONS D'EMPLOI :  
se reporter à la notice.

VOIE ORALE

UT.AV. :

08 2022

P.P.V.

8

LOT N° :

1295379

79 70

79,20

09366030/4



poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire la notice attentivement avant emploi.

... كيمس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 222,00 DH  
LOT: 644847  
PER: 12/21



Augmentin est une marque déposée  
des sociétés du Groupe GlaxoSmithKline

Bon de Consultation

N° 27665

Date : 08/04/2020

Nom : Ben didine Mohamed

Médecin traitant : Dr. Rami Mohamed

- Consultation : 350 DH

- Imagerie : TDM Abdomen

- Laboratoire : 2000 DH

- Autres :

Total : 2350 DH

- Clinique :

- Honoraires :

- Radiologie :

- Laboratoire :

مستشفى المغرب  
CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cadi-Iass Maarif  
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40  
CASABLANCA ©



# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 08/11/2020

Mr Benolidan Mohamed

TDN Thoraxique

مصحة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cadi Iass Maârif  
Tél: 0522.990.990 - Fax: 0522.23.45.40  
CASABLANCA ©

Docteur HARTI A.  
Professeur de Réanimation  
et Médecine d'Urgence  
70, Rue Cadi Iass - Casablanca  
Tél : 0661 14 20 06

# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le **08/11/2020**

NOM , Mr BENDIDANE MOHAMED

DOCTEUR ,HARTI ABDESSALAM

## FACTURE 0862/2020

DESIGNATION	TOTAL
* DR HARTI	350,00
* T D M THORACIQUE	2000,00
<b>TOTAL</b>	<b>2350,00</b>

Arrêter le présent facture à la somme de :

DEUX MILLE TROIS CENT CINQUANTE DHS.

مصحة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cad Iass Maârif  
Tél: 0522 990.990 - Fax: 0522.23.45.40  
CASABLANCA

# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39

Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le 08 / 11 / 2020

79,70x3

Zyflamox 500

0.25 g / j

pmi  
0.125 g / j palt 0.6'



239.10

Docteur HARTI A.  
Professeur de Réanimation  
et Médecine d'Urgence  
70, Rue Cadi Iass - Casablanca  
Tél : 0661 14 20 06

PHARMACIE JARDINS POLO  
Pajna SEKKAT  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Pole  
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

# مصحة المغرب CLINIQUE MAGHREB

70, Rue Al Kadi Iass - Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 990 990 (L.G) 25 81 11 - 23 45 39  
Fax : 05 22 23 45 40

Casablanca, le .....

**Casablanca , le 08/11/2020**

NOM : **BENDIDANE MOHAMED**

EXAMEN REALISE : **TDM THORACIQUE**

**Technique :** Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC, avec reconstructions multi-planaires.

## **Résultat :**

Plage en verre dépoli siège de réticulations réalisant un aspect de crazy paving à distribution périphérique sous pleurale bilatérale éparses.

Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique.

poumon emphysemateux.

## **CONCLUSION:**

Aspect TDM d'un crazy paving à distribution **périphérique** sous pleurale avec une atteinte pulmonaire estimée à **25%** très évocateur d'une pneumonie virale **Covid 19**: à confronter au reste du bilan.

Cordialement

مصحة المغرب  
CLINIQUE MAGHREB  
70, Rue Cadi Iass Maârif  
Tél: 05 22 990 990 - Fax: 05 22 23 45 40  
CASABLANCA

Signé :