

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-620528

72664

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6884 Société : Beyellou Ben Hissou

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Beyellou Ben Hissou

Date de naissance : 02/06/1980

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin :

**Dr. Houda KADRI MEKOUAR/NPE : 091082768**  
**Spécialiste en Rhumatologie**  
Angle Bd Abdelmoumen et Rue Soumaya  
Résidence Shehrazade 3, 1<sup>er</sup> Etage N° 3 - Casablanca  
Tél. : 0522 98 02 39 / 98 03 28 - Ssm : 0651 98 98 05  
CE: 001697860000077

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/04/2021

Nom et prénom du malade : Beyellou Ben Hissou

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

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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 : 13/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
13/11/2021		050	g	<p>INPE : 091082768</p> <p>C.E: 00169786000007</p>

INPE: 091082768  
C.E: 001697860000077

Spécialiste en Rhumatologie  
Angle Bd Abdelmonem et Rue Soumaya  
Résidence Stehrade 3, étage N° 3 - Casablanca  
Tél : 0522 93 02 29 / 98 02 29 - Fax : 0522 93 91 91

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>haroun elhajima</i></p> <p>ZEMMAMA Nadia</p> <p>venue du Phare - Résidence</p> <p>Taghazout - Casablanca</p> <p>Tél : 05 22 29 35 64</p>	<p><i>13</i></p> <p><i>04</i></p> <p><i>2021</i></p>	<p><i>237,60</i></p>

**Cachet du Pharmacien**  
ou du Fournisseur  
**ZEMMAMA Nadia**  
venue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca.....  
Tél : 05 22 29 35 64 .....

Date 13

Montant de la Facture

237.6

[illegible]

**Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue**

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature  
du Particien**

Date des

**Nombre**

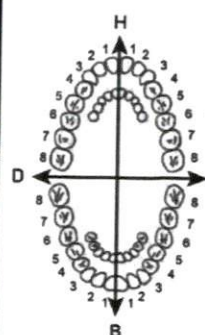
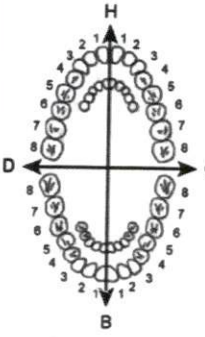
**Montant détaillé  
des Honoraires**

# **RÉLEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
				<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></div>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000            D —————            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000            G —————            00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/></div> <div>DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

INP:                     

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Houda Kadiri Mekouar

الدكتورة هدى القادري مكوار

SPÉCIALISTE EN RHUMATOLOGIE  
MALADIE DES OS ET DES ARTICULATIONS

متخصصة في أمراض المفاصل (الروماتيزم)  
والعظام

Pharmacie Lahjajma  
ZEMMAMA Nadia  
Avenue du Phare - Résidence  
Taghazout - Casablanca  
Tél. : 05 22 29 35 64

Casablanca, le

13/4/2021

Mme Bouje Anne T. Breu

49,60

Anus

D'une file

1 AB le 13/4

1 AB 27/4

1 AB 11/5

188,00

32

2 Angle blue

200

gel au milieu  
petit de x

Dr Houda KADIRI MEKOUAR  
Spécialiste en Rhumatologie  
Angle Bd Abdelmoumen et rue Soumaya  
Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage N°3 - Casablanca  
Tél : 05 22 29 39 / 98 03 28 - Gsm : 0651 58 98 05

2376

2000

زاوية شارع عبد المومن وزنقة سومية، إقامة شهرزاد III، الطابق الأول رقم 3 الدار البيضاء - الهاتف : 0651 58 98 05 / 0522 98 02 39 / 98 03 28  
Angle Bd. Abdelmoumen et rue Soumaya, Résidence Sherazade III, 1<sup>er</sup> Etage, N°3 - Casablanca - Tél : 0522 98 02 39 / 98 03 28 / 0651 58 98 05



8305032

6 118001 072644

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INCADONNÉIARIES D'AVOCAT ET DE SOJA

**PIASCLEDINE® 300MG**

**Boîte de 30 gélules**

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188.00 DHS



## بیاسکلیدین 300<sup>®</sup>

300 ملغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبين



1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

**EXPANSCIENCE®**  
LABORATOIRES

**30**  
GÉLULES  
كبسولة

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

	القيمة	Extrait total d'insaponifiable avocat-soja	300,00
بلغ 300,00	مبلغ حسابات المصاريف العامة للمنتج		
	المجموع : ن		
	correspondant à :		
بلغ 100,00	رصيد المصاريف في الحساب الخاص	Insapnifiable d'huile de linocot	100,00
بلغ 200,00	زيت الصويا في الحساب الخاص	Insapnifiable d'huile de soja	200,00
كمية كمية الكمية والقيمة	Quantités		q.s.p. 1 gr

### Indications thérapeutiques

Ce médicament est indiqué en traitement symptomatique (douleur et gêne fonctionnelle) effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou.

Ce médicament est indiqué en traitement d'appoint dans certaines maladies des gencives.

### Mode et voie d'administration

Voie Orale, la gélule est à avaler telle quelle, avec un grand verre

d'eau. 1 gélule par jour au milieu d'un repas

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Boîte de 30 gélules

LOT J887  
FAB 04/2020  
EXP 04/2023

يُحفظ هذا الدواء بعيداً عن متناول و مرآة الأطفال

## التعليمات العلاجية:

يُوصف هذا الدواء كعلاج للأعراض (الم و النزاج وظيفي)

بنايير متاخر للاعتلال المناعي للورث وارجبه.  
يوصف هذا الدواء كعلاج مكمل لدى المعاناة

من بعض أمراض اللثة.

طريقة وأسلوب تناول:

عن طريق الفم، يجب تناول الكبسولة كما هي مع كأس كبير من الماء.

١ كسولته في اليوم خلال تناول وجبه طعام،  
يجب قراءة النشرة بتمعن قبل الاستعمال.

علبة من 30 كبسولة.

# ٣٠٠ مسائل في

WCP225MA003118  
09/08/2018

1 2 3

1 2 3

3

Importé par :

**Ergo Maroc**

Les laboratoires ERGO MAROC  
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.  
AMM N° : 24/16DM/P/21/NNP

**SMB**



Cholécalciférol 100 000 UI  
Vitamine D3

**D-CURE® FORTE**

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH  
LOT: 20J13  
EXP: 10/2023

16

Solution huileuse buvable



كوليكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية  
D3 فيتامين

**فوتي قوي**

3 أمبولات للشرب

**Composition :**  
Principe actif :  
Cholécalciférol 100 000 UI  
Excipients : .....ml  
Indications, posologie, mises en garde spéciales :  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
نواحي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :  
اقرأ النشرة قبل الإستعمال.

**A conserver :**  
- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.  
- Hors de la portée des enfants.  
- Contente في علبة الأصلية بعيداً عن الضوء و في درجة حرارة لا تتجاوز 30° مئوية.  
- يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال.

Fabriqué par : **SMB**

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc Industriel,  
B-6500 MARCHE-EN-FRANCONNE, Belgique.



6 118001 320103



Pharmaceutical



1

2

3