

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0008067

ND:

17072

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAMMOU SELLOULIA

Date de naissance :

Adresse : 76 Rue AHammidi Naajfeskuta

Tél : 06 61499659 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : BENHAMMOU AGGUELA Age :

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

Nature de la maladie : Rhinite allergique + "mita" oculaire

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) :

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
23 JUIN 2021			150 DH	Dr. B. SEBASTIEN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/06/21

393,70

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

A M

P C

I M

I V

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 :

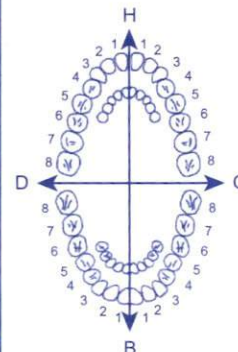
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

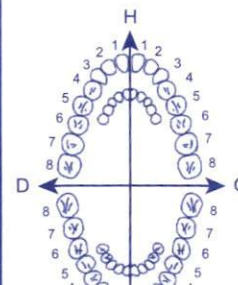
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS



Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA
Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)
والأمراض التناسلية - السيدا
اختصاصية في التطهير المهبلية وأمراض النساء
طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : ...23 JUN 2021...

BENHAMOU GALLOULIA

- 67,30 (1) NEXINE 200
57,60 (2) Solumedrol 120
14,50 x 2 (3) Deliprane 1g
61,80 (4) Aerius
32,00 (5) Naalox
147,50 (6) THEALOSE
393,70 2 goutte x 2
- Pharmacie Achraf
Rue Secrète - Maarouf
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09
- Dr. B. SEKKAT
Mostakbal
Casablanca

ARMACIA



P.P.V: 57DH60

ARMACIA - 1.01.0000.00
LINE 8.00000 - 10.0000
ARMACIA - 1.01.0000.00
LINE 8.00000 - 10.0000

AERIUS®
5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

15 comprimés
pelliculés



أيريوس®
5 ملغ

أقراص ملبسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

15 أقراص
ملبسة

LOT: 075-2
PER: JUN 2021
PPV: 61 DH 80

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
P.P.V 32,00 DH



GTIN: 03582910022084
SN: -
Lot/Batch: 01003
Fab/Mfg: 01 / 2020
EXP: 12 / 2022

Maalox[®]

maux d'estomac
stomach pain



215541



2020-03



2022-02

Théa CE 0459



VR2762C10MAR/0919



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTH-EMA
B.P. N°1, 27182 Bouiskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DMI
PPC : 14700 DH

Date de première ouverture

تاريخ أول فتح



STERILE A



25°C

بدون مادة حافظة

10 مل

العين
محلول العين
0,15 %
هياكلورونات الصوديوم
3 % تريالوز

تريالوز

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

PPV: 14DH00
PER: 06/23
LOT: J1941

Doliprane®
PARACÉTAMOL
1000 mg

b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachirichi - Pharmacien Responsable

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



COMPRIMÉ

b bottu s.a
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebdja - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

ADULTE
10 Comprimés

Doliprane®
PARACÉTAMOL
1000 mg



COMPRIMÉ

ADULTE
10 Comprimés

b bottu s.a

سيراكسلاين[®]

سيروفلوكساسين



250 ملغ

20 قرصا

● مضاد حيوي

67,30

A29300

عن طريق الفم



Pharmed

Pharmed Pharmaceuticals Ltd. 2011