

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *28.12*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BENHAMMOU SELLOLIA*

Date de naissance :

Adresse : *76 Rue Attamadi Naaf estat*

Tél. : *06 61492458*

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *23 JUIN 2021*

Nom et prénom du malade : *BENHAMMOU ACCUEIL*

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Rhinite allergique + irritant 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) :

*MUPRAS*

## RELEVE 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	G	-	150.00	Dr. B. S. Moustafa MDA 24 Ch 13 Appl. 1 - Case 09 120 1954

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Mme BARTAL Hélène - Pharmacie sociale - Tél. : 0522 25 22 06	23/01/2014	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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 d'exploration.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التلفزة)

والأمراض التنسالية - السيدا

اختصاصية في التظير المهبل و أمراض النساء

طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Diplômée en Echographie

& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA

Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale

Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

Casablanca, le : 23 JUIN 2021

BEN HAMMOU YALLOULIA



673	1	NEXINE 200	1 p x 1f	(R 10)
576	2	Solumedrol 120	1 p x 1f	(R 10)
16,50 x 2	3	100 mg unip	1 p x 1f	(R 10)
61,8	4	Doliprane 100	1 p x 3	(R 10)
32,00	5	Aerius	1 p x 6 don	(R 10)
16,75	6	Gaalox	1 sachet x 3 f	(R 10)
393,7		THEALOSE collyre	2 goutte x 1f	(R 10)

Pharmacie BARTAL FATIMA  
Rue Sociale Achrafie  
Casablanca - Tel: 0522 25 22 09

20280 - 05 22 32 10 07 - Sidi Mârouf - شقة 1 - العمارنة A24 - المدار البيضاء GH13

Groupe EDDOHA AL MOSTAKBAL, GH13, Imm. A24, Appt N° 1 - Sidi Maârouf - Tél.: 05 22 32 10 07 / CASABLANCA 20280

E-mail : dr.bouchrasekkat@gmail.com البريد الإلكتروني :

Dr. Bouchra SEKKAT

Mostakbal Casablanca

HARMACIA



6 || 118001 || 170319

P.P.V: 57DH60

# AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine

voie orale

15 comprimés  
pelliculés



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

أيريُس®  
5 ملخ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين

عن طريق الفم

15 أقراص  
ملمسة

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



5 118001 082148

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

**Maalox®**  
maux d'estomac  
*stomach pain*



LOT

215541

W

2020-03

D

2022-02

0459 Théa CE



VR2762C10MAR/0919



Distribué au Maroc par :  
 Laboratoires SOTHEMAR  
 B.P. N°1, 27182 Boukchoura - Maroc  
 N° Homologation Maroc :  
 1573/2016/DMP/20/DM  
 P.P.C. : 147,00 DH

Date de première ouverture

فتنج علی



STERILE A

25°C



ج ١٠

ج ٣

فلفل سفلي ، فلفل حار ، فلفل

البنجر

٥,١٥ %

فلفل سفلي ، فلفل حار ، فلفل

٣ %

ج ٦٧



# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL

Doliprane®  
1000 mg  
PARACÉTAMOL

ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Alh Seba - Casablanca  
S. Bouchra - Pharmacien Responsable

b

PPV: 14DH00

PER: 06/23

LOT: J1941



# Doliprane®

## 1000 mg

PARACÉTAMOL

ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ



bottu®

b

Doliprane® 1000 mg

PARACÉTAMOL



ADULTE  
10 Comprimés

COMPRIMÉ



bottu®  
bottu®  
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

PPV: 14DH00

PER: 10/23

LOT: J2683

مِنْ كُلِّ شَيْءٍ<sup>®</sup>

سيبروفلوكساسين

250 ملغم



20 فرصة

67,30

• مخداد حبوب

عن طريق الفم



A29300