

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.

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.

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 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

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 - 5ème 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° M20- 0007810

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0624 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NABEH Maali

Date de naissance : 1944

Adresse : 21 rue ENAKHHA - CASA.

Tél. : 0661061830 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/17

Nom et prénom du malade : NABEH Maali Age :

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

Nature de la maladie : Maladie chronique

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
07/07/21	13		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/07/21	648,20

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	

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 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>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

Dr.Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotripte extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

إختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الأمراض التناسلية - تقطيت الحصى
عضو الجمعية الفرنسية
لأمراض الكلية والمسالك البولية
خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, le 07.10.2021

D. HABEHI MAH.

74,80 x 24
1) SELEN
S.V.

10 jours

97,90 x 24
2) OFIKEN
S.V.

8 jours

193,10
109,10
3) CONHIO
S.V.

3 mois

648,20

11, زنفة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Roche) - Casablanca

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr. E-mail : الهاتف 05 22 27 19 30 / 05 22 27 22 41 Tél :



CODE No : MP/DRUGS/25/24/83

Médicament Autorisé N°: 213/14 DMP/21/NNP

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan 1er,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDE.

02
ATTAH

كونتفلو

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boite de 60 gélules à libération
prolongée
Voie orale



60 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ

GTIN:18901296110192
Lot: DFB0544B
EXP: 11/2022
S.N.BK017045365367



Composition :

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) 0.4 mg.
Excipients q.s.p. uné gélule.

Excipient à effet notoire :Jaune orangé S (E110),
rouge cochenille A (E124), azorubine (E122).

Indications, contre-indications, posologie et précautions
d'emploi: **Lire la notice à l'intérieur.**

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

التركيبية :

كلور هيدرات تامسولوزين (ت. د. م.) 0.4 ملغ.
الأسوة كمية كافية لكل كبسولة.

الأسوة ذات تأثير معروف : أصفر برتقالي س (E110)،
أحمر قرمزي أ (E124)، أزوروبين (E122).

الإرشادات العلاجية: موانع الاستعمال، الجرعة
واحتمابات الاستعمال: اقرأ النشرة بالدخول.

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

01/2016-D

5127691

CONTIFLO®

CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine



**60 Gélules
à libération
prolongée**

Voie orale

0.4 mg

**60 Gélules
à libération
prolongée**
Voie orale
0.4 mg

Médicament Autorisé N°: 211/14 DMP/21/INN



Importé par :
SUN PHARMACEUTICALS MOROCCO LLC
169, avenue Hassan VI,
20070 Casablanca, Maroc.

Fabriqué par :
SUN PHARMACEUTICAL INDUSTRIES LIMITED
INDIA.

CODE No.
MPDRUGS/2524/03

احترام الجرعات المحددة

Tableau A (Liste I)

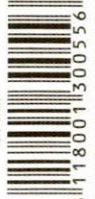
كونتيفلو

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée

Voie orale



30 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ



Composition :

Chlorhydrate de tamsulosine (DCI) 0.4 mg.

Excipients q.s.p. une gélule.

Excipient à effet notoire : Jaune orangé S (E110),

rouge cochennille A (E124), azorubine (E122).

Indications, contre-indications, posologie et précautions

d'emploi. Lire la notice à l'intérieur.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

A conserver à une température ne dépassant pas 25 °C.

تعليمية :

كلور هيدرات تامسولوزين (د.م.) 0.4 ملغ.

المادة كيميائية لكل كبسولة.

المادة ذات تأثير معروف : الأصفر البرتقالي من (E110).

أصفر قويزي (E124) ، أزوربين (E122).

الإرشادات ، موانع الاستعمال ، الجرعة

والاحتياطات : اقرأ التعليمات بالداخل .

يحفظ بعيداً عن متناول ومراعى الأطفال .

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية .

01/2016-D

CONTIFLO®



PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

CONTIFLO®

Chlorhydrate de Tamsulosine

30 Gélules
à libération
prolongée

Voie orale

0.4 mg



Ofiken®

Céfixime

200 mg



8 Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 203084

EXP 12 22

P.P.V : 97.90 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

سوطيما
sothema

Ofiken®

Céfixime

200 mg



8 Comprimés pelliculés
Voie orale

LOT 203084

EXP 12 22

P.P.V : 97.90 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

سوطيما
sothema

سيتيسين[®] 500 مغ

سيروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

74,80

06 20 82 00 00

06 20 82 00 00

سيبسين® 500 مغ

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182



IBERMA

يجب احترام الجرعات الموصوفة

74,80

06 20 82 05 07

06 20 82 05 07