

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.

Education :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6443**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

TAHRI JOUTEI HASSANI IBRAHIM KHARIL

Date de naissance : **21 - 3 - 1959**

Adresse :

AVE MY ABDEL AZIZ RES. DAR EL AMAN

ETG 4 N° 22 TANGER

Tél. : **666244310**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **25/08/2021**

Nom et prénom du malade :

CHIRAS BI MERIAME Age: **53**

Lien de parenté :

Fils-mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ARTHROSIS

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 : **15/08/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

TAHRI JOUTEI HASSANI IBRAHIM KHARIL

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
25/01/21	CS		25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DATTIER 149 B Lotissement Haï Falah 5 Lissasfa - Sablanca Tél : 0651-11-06-79	25/08/21	592,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Nabil KAMAL IDRISI

GYNÉCOLOGUE - OBSTÉRICIEN



الدكتور نبيل كمال الإدريسي

جراح إختصاصي في أمراض النساء والتوليد
خريج كلية الطب بباريس

الجراحة النسائية - الفحص والجراحة بالمنظار
أمراض الثدي - الفحص بالصدى
العمق والإخصاب الصناعي
الاختبارات الحركية للتبول

25/08/2021

M^e Chraïbi Mériame

99,00

SV

Dene hang

PHARMACIE DATTIER
149 Bd Lissabon Haj Falah 5
Casablanca
T 0522 29 73 42
F 0522 29 73 42
E-mail: nkamalidrissi@yahoo.fr

PHARMACIE DATTIER
149 Bd Lissabon Haj Falah 5
Casablanca
T 0637 11 06 79
F 0637 11 06 79
E-mail: nkamalidrissi@yahoo.fr

Q Anticell 1g SV

Sachet x 25 x 3 g

195,50 x 25 x 3 g SV

Q Anticell 1g SV

79,50 x 25 x 3 g SV

Inéso

ésoméprazole

40
mg

Inhibiteur de pompe à protons

Diminue la sécrétion acide au niveau de l'estomac



14 gélules

Microgranules
gastro-
résistants

Par voie orale

LOT : M0535
PER : 04/2023
PPU : 99,00 DH

Fabriqué par :

Laboratoires Deva Pharmaceutique 
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

146-147 Zone Industrielle Tit Mellil - Casablanca

فتوباليسن

محلول للشرب



للكبار

صمغ النحل
الإيكيناسيما
الزعتر
فيتامين C

يساعد على تهدئة
المجاري التنفسية
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 435100 844353

Contenu net : 150 ml

Lot : 201014

A consommer

de préférence avant le : 10-2023

PPC : 79,50 DH

puvable en sachet
poudre pour suspension

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 attentivement la notice avant emploi.

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

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU : 168,20 DH

LOT : 646031

PER : 05/22



Ferlipo®

Fer liposomal

Ingédients : 180 mg de Lipofer soit 14 mg de Fer élément, stéarate de magnésium, Amidon de maïs, Capsule végétale en HPMC.

Précautions d'emploi : Ne pas laisser à la portée des enfants. Conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Informations nutritionnelles	AJR* % par gélule
Lipofer	100 %

*AJR : Apport Journalier recommandé

Lot N° : FL04

Exp : 03/2024

PPC : 125.50 DH

Ferlipo®

Fer liposomal

Ingédients : 180 mg de Lipofer soit 14 mg de Fer élément, stéarate de magnésium, Amidon de maïs, Capsule végétale en HPMC.

Précautions d'emploi : Ne pas laisser à la portée des enfants. Conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité.

Informations nutritionnelles	AJR* % par gélule
Lipofer	100 %

*AJR : Apport Journalier recommandé

Lot N° : FL04

Exp : 03/2024

PPC : 125.50 DH