

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 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 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° W21-617906

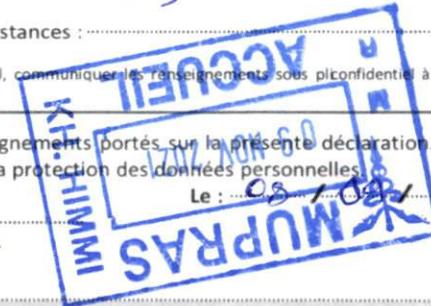
91399

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08 64 9	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Koulmi T. NABIL			
Date de naissance : 05-07-1978			
Adresse : RUE MOHAMED RUE RAISI, ZN. ART 34 FRANCILLE 2 CASA			
Tél. : 06 73 73 872	Total des frais engagés : 121.7000 - 1161 Dhs		

Autorisation CNDP N° A.R. 215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 08/09/2021			
Nom et prénom du malade : SABER IKRAM Age: 36			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Coûts - AS			
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 : CASA
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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
08/09/2011	CS	GT	INP : 081230235	DR. ESSADIOI Othman Spécialiste En Médecine Du Sport CS libnou Nafiss ASA ANFA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HIBA Dr. Ahmed CHAFRY Hay Raha Rue Ben N°51 Bis Beausset Casa	8/9/21	121,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. DAMI Khalid Spécialisé en Radiologie Imagerie Médicale tél. 05 22 58 10 16	08/09/2011	100,00	1000,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

ET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 08/09/2024

60,00

Mr/Mme SAHAR EKRAM

M. RAZAK SOU

15.30x2 2gaj (x6)

200ml c souue

2gaj lg (x16)

3x Dz non 200ml g

15g/l g - x 2 ml

4x 250ml plus souue

2gaj lg x 24g

500ml souue

30,50 2gaj lg x 16

6,20 souue lg

2gaj x 2 lg

12 1,10

S.V.

S.V.

S.V.

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2024
LOT 14041 9

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaj
*51 Bis Beauséjour
Tél: 05 22 94 99 34

Vita C1000®

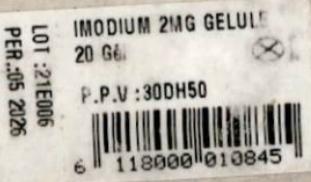
PPV 15DH30
EXP 07/2024
LOT 16080 54

Cachet du médecin

Dr. ESSADIOU Othman
Spécialiste En Médecine Du Sport
C. B. A. N. A. F. S.
C. A. S. A. M. A. F. S.

Respecter les doses prescrites

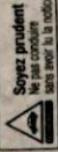
Uniquement sur ordonnance - Liste II
بصرف فقط بوصيب وصفة طبية - بحصة
... gélule(s) ... fois/jour
pendant ... jours



IMODIUM +
GROSSESSE
= DANGER



Ne pas utiliser chez la femme
enceinte, sauf en l'absence
d'alternative thérapeutique



Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

rehydratation.

Ce traitement ne dispense pas d'une

Lire la notice avant utilisation.

janssen

gélules 20

مابفار - المابفار

20 gélules
imodium® 2 mg
Chlorhydrate de lopéramide

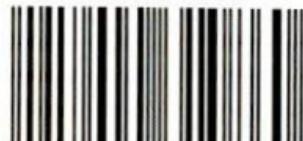
Maphar, Bd ALKIMIA, N°6, Q1, Sidi Bernoussi, Casablanca, Maroc.
Fabriqué sous licence Janssen-Cilag.

Composition pour une gélule : Chlorhydrate de lopéramide 2 mg
(correspondant à 1,86 mg de lopéramide base), excipients q.s

Excipient à effet notoire : lactose

Voir la notice pour plus d'informations

MAZAX 500 mg 3 Comprimés



6 118000 310860

Composition :

Azithromycine dihydrate équivalent à l'azithromycine anhydre..... 500 mg
Excipients q.s.p..... 1 comprimé

Respecter les doses prescrites

Liste I

Uniquement sur ordonnance

AMM : 468/15 DMP/21/NRQ

Lire attentivement la notice avant utilisation

*Ne pas laisser ce médicament à la vue et à la portée
des enfants*

Laboratoires Pharmaceutiques Pharmed
21, Quartier Burger - Casablanca

MAZAX®

Azithromycine



Antibiotique

3 comprimés

LOT : 6283
UT. AV : 01-23
P.P.V : 60 DH 00

0 mg



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques



Voie orale

ORDONNANCE

le 09/09/2021

Mr/Mme



M^{me} SAHEL IKRAR



TDM thorax

(++)

RADIOLOGIE
Dr ESSADICCI OTHMAN
E-mail: istakral581016
Tel:

Cachet du médecin



Dr. DAMI Khalid

SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد

إختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 09/09/2021

FACTURE N° 11054/2021

NOM & PRENOM : SAHEL IKRAM

EXAMEN	MONTANT
TDM THORACIQUE	mille (1000 DH)
TOTAL	1000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de mille (1000 DH) DHTTC


 RADIOLOGIE
 EL MOUSTAKBAL
 Tel. 05 22 58 10 16
INFORMATIONS DU CENTRE
 LOT BELLE VUE N°76 BVD EL QODS SIDI MAAROUF/0522581016/EMAIL/ PATENTE : 36101452
 INPE : 091036046 / ICE : 002228941000012 / CNSS : 1308103 / RC: 428949 / IF : 34422052



Dr. DAMI Khalid
SPÉCIALISTE EN RADIOLOGIE

الدكتور دامي خالد
اختصاصي في الفحص بالأشعة

Casablanca, le 09/09/2021

PATIENT : SAHEL IKRAM
MEDECIN TRAITANT : DR ESSADIQI OTHMAN
EXAMEN(S) REALISE(S) : TDM THORACIQUE

Compte Rendu d'Examen

Technique :

Acquisition spiralee sans injection de contraste LOW DOSE en HR
Etude pulmonaire et médiastinale.

Résultat :

Quelques Foyers de condensation alvéolaire en verre dépoli de siège périphérique, prédominant au niveau des lobes inférieurs.

Absence d'épanchement pleural ou péricardique

Absence d'adénopathie médiastinale

Respect de la graisse médiastinale

Conclusion :

Aspect compatible avec une Pneumonie virale minime SARS COV 2 :
10%

Merci de votre confiance.

DAMI Khalid
Spécialiste en Radiologie
Médecin Médiastinale
05.22.58.10.16