

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

## ditions 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.

## armacie :

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.

## ique :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 065572

*4/le conjoint 2009 -*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : R.A.M 103015

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR BENCHERIF Sidi - Said

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. : 06 61 45 37 69 Total des frais engagés : #1238,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

*Dr. Hamza DEBBAGH*  
Spécialiste du Foie et  
des Maladies de l'appareil digestif  
159 Bd Bourgogne Appt 21, Anfa  
Tel : 05 22 22 33 95 - Casablanca  
N°INPE : 01254680

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2022

Nom et prénom du malade : MR BENCHERIF Sidi - Said Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastrite HP +

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 : 04/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **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
01.01.2022			500,00	 Dr. Yamzà DEBBAGH Spécialiste en Médecine Générale et des Maladies Infectieuses et         Parasitaires 138 Bd du Bourgogne Appart 21 61100 Orléans Tél. : 05 22 62 83 95 - Caisse NINPE : 912514000

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie LILAS</b> Mme. SEKKAT Dila 4 bis, Rue Reaumur, Bd Abdelmoumen Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0522 27 65 80	04/11/22	938.70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX 
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECUTION

# Dr. Hamza DEBBAGH

Diplômé de l'Université CLUJ  
Spécialiste du foie et  
des maladies de l'appareil digestif  
Estomac, Intestin, Foie Proctologie Medicale,  
Fibroscopie, Colonoscopie Digestive,  
Ballon intra gastrique  
Echographie Digestive



# الدكتور الدباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي والكبد

علاج المعي الغايب و أمراض المخرج

التخيص بالمنظار الباطني

الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca le : .....

04/01/2022

## Mr BENCHERIF Sidi Said

### EUZOL 20 MG

1-0-1 pendant 14 jours puis  
1-0-0 pendant 1 mois , avant repas



### AMOXICILLINE 1G

1-0-1 comprimé par jour après repas, pendant 14 jours



### CLARIL 500

1-0-1 comprimé par jour après repas, pendant 14 jours



### FLAGYL 500

1-0-1 comprimé par jour après repas, pendant 14 jours



### ULTRA-LEVURE 250MG

1-0-0 gelule par jour , pendant 14 jours



FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V 49DH80  
LOT : 21E009  
PER : 03/2026



FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V 49DH80  
LOT : 21E009  
PER : 03/2026

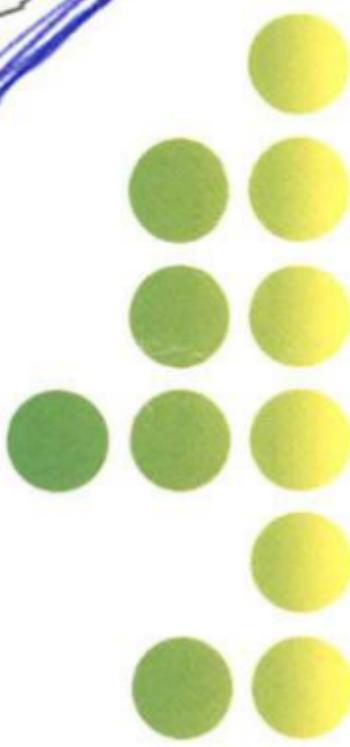


Dr. Hamza DEBBAGH  
Spécialiste du Foie et  
des Maladies de l'appareil digestif  
159 Bd Bourgogne Appt 21, Anfa  
Tél : 05 22 22 33 95 - Casablanca  
N'INPE : 91254680

# INTRA-LEVIR®

*Saccharomyces boulardii*

CNCM I-745



20  
Gélules  
250 mg

BIOCODEX  
Maroc

lot :  
مجموعة

Fab :  
J

EXP. :  
 صالح لغاية

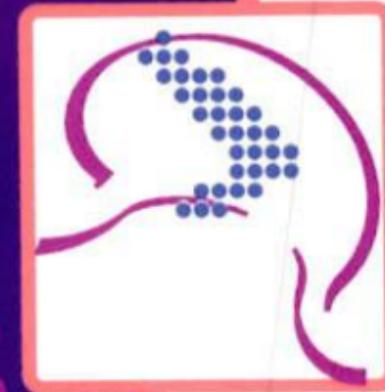
808 07 2021 07 2024  
BIOCODEX MAROC  
PPV 65.10 DH

ପ୍ରକାଶନ  
ବିଭାଗ

ازفونبرازفول

1

• 20



28

عن طريق الفم  
كتبولة

وحلات حببية مقاومة للمصارف المعدية

PHARMACEUTICALS  
15

144,50

ପ୍ରକାଶନ  
ବିଭାଗ

از زمین بر از فل

1

٢٠



28

عن طريق الفم  
بسولة

وحلات حببية مقاومة للمصارف المعدية

PHARMACEUTICALS  
15

144,50

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé

Contient de l'aspartam

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

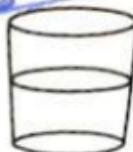
Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 55,00 DH

LOT : 647138

PER : 01/23



A avaler avec un verre d'eau

بتلع مع كأس من الماء

OU



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé

Contient de l'aspartam

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 55,00 DH

LOT : 647138

PER : 01/23



A avaler avec un verre d'eau

بتلع مع كأس من الماء

OU



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

# Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

## Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. ..... 1 comprimé

Contient de l'aspartam

Cet étui contient 12 comprimés dosés à 1g, soit 12g d'amoxicilline.

اموكسيسلين ١ غ. يحتوي هذا الدواء على الأسيتراتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرؤوا النشرة بانتهاء قبل الاستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 55,00 DH

LOT : 647138

PER : 01/23



A avaler avec un verre d'eau

بتلع مع كأس من الماء

OU



A mettre préalablement  
dans un demi verre d'eau  
avant ingestion

إذابة الفرص في كوب من الماء وحرك الخليط

AMOXIL

AMOXIL 1g

12 comprimés dispersibles



6 118000 160038

# CLARIL® 500

Clarithromycine



14

Comprimés

Voie orale

G GALENICA

**Composition :**

Clarithromycine ..... 500 mg.

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

**CLARIL®**  
Clarithromycine 500 mg  
Boîte de 14 comprimés

PPV. : 160,00 DH



6 118000 191001

# CLARIL® 500

Clarithromycine



14

Comprimés

Voie orale

G GALENICA

**Composition :**

Clarithromycine ..... 500 mg.

Excipients q.s.p ..... 1 comprimé pelliculé.

Boîte de 14 comprimés contenant 7 g de clarithromycine.

AMM N° : 101/14 DMP/21/NCF



مختبرات غالينيكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

**CLARIL®**  
Clarithromycine 500 mg  
Boîte de 14 comprimés

PPV. : 160,00 DH



6 118000 191001