

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.

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 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 065572

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048

Société : R.A.M.

103015

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MR BENCHERIF Sidi-faïd

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. : 06 61 45 37 62

Total des frais engagés : #1238,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 04/01/2022

Nom et prénom du malade : BENCHERIF Sidi-faïd

Age : 69 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Gastrite HPE

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

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
04/02/22		1	202.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie ELIAS M
Mme. SEKKAT Lila
4 bis, Rue Raoum, Bd Abdelmoumen
Quartier des HADJER - 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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

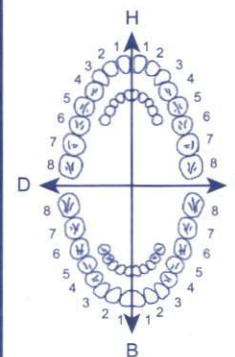
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

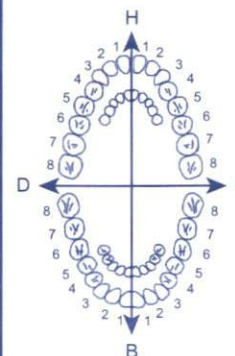
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[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

Dr. Hamza DEBBAGH

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



الدكتور الدباغ حمزة

خريج جامعة CLUJ
إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي و الكبد
علاج المعى الغليظ و أمراض المخرج
التشخيص 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

Pharmacie LILAS .M
Mme. SEKKAT Laila
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca.
Tél/Fax : 0522 27 65 80

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V 49DH80
LOT 21E008
PER: 03 2026
6 118000 060062

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V 49DH80
LOT 21E009
PER: 03 2026
6 118000 060062

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

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii

CNCM 1-745



2 Act

20 Gélules
250 mg



BIOCODEX
Maroc

EXP. : صالح لغاية

Fab : صنع

Lot : مجموعة

808 07 2021 07 2024
BIOCODEX MAROC
PPV 65.10 DH

144,50

PHARMA 5

20
ملغ



أوزول

إزومبرازول

28

كبسولة
عن طريق الفم

وحبات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

144,50

PHARMA 5

20
ملغ



أوزول

إزومبرازول

28

كبسولة
عن طريق الفم

وحبات حبيبية مقاومة للعصارة المعدية

Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartame

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

اموكسيسيلين 1 غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية


Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PPV: 55,00 DH
LOT: 647138
PER: 01/23

Handwritten signature or initials.

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartame

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

اموكسيسيلين 1 غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau

يبلع مع كأس من الماء

ou

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

إذابة القرص في كوب من الماء وحرك الخليط

PPV: 55,00 DH
LOT: 647138
PER: 01/23

Handwritten signature or initials in blue ink.

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



Amoxil

amoxicilline

1g

comprimés dispersibles

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 1g

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartame

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

اموكسيسيلين 1 غ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال

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

Ce médicament peut causer des allergies.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



PPV: 55,00 DH
LOT: 647138
PER: 01/23

Handwritten signature/initials in blue ink.

AMOXIL 1g 
12 comprimés dispersibles



ANTIBIOTIQUE

CLARIL® 500

Clarithromycine



14

Comprimés

Voie orale



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 غالينكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH



6 118000 191001

ANTIBIOTIQUE

CLARIL® 500

Clarithromycine



14

Comprimés

Voie orale



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 كاليونيكا - الدار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

CLARIL®

Clarithromycine 500 mg

Boîte de 14 comprimés

PPV : 160,00 DH



6 118000 191001