

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Logistique 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.

Ordonnance :

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

Information :

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.

Le 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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise 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.

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 081939

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM 109338

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EZZAKI Mina

Date de naissance : 21.06.1961

Adresse : 21 Rue Moussa Ben

Tél. : Total des frais engagés : 655 + 100211 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2022

Nom et prénom du malade : EZZAKI MINA Age :

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

Nature de la maladie : Refr + Diabète allongé

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.

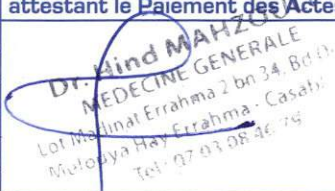
Fait à : 03/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 303/2022

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
03.03.22			100.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.03.22	655.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

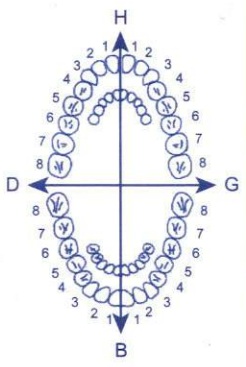
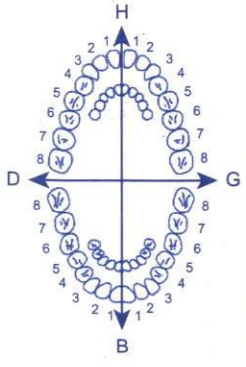
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

Docteur Hind MAHZOULI

Médecine Générale

Echographie générale

Suivie de grossesse

Diabète et hypertension

Electrocardiogramme



Ordonnance

Casablanca le 08/08/2022

الدكتورة هند مهزولي

عيادة الطب العام

الفحص بالخطي

تتبع الحمل

داء السكري و الضغط الدموي

تخطيط القلب

EZZAKI mina

1- GRAVIS cm sont
98,90

2- Aeromax 2g
190,00

3- Aspirin 500mg
50,00

4- Shiluno x 2
56,60 x 2 = 113,20

5- Clarke 10g
61,00

6- Bantamozol 4g
142,80

655,90

Aeromax®

Budésonide

LOT: 036R006A
PER: 03/2023
PPV: 190,00 dh



Dr. Hind MAHZOULI
MEDECINE GENERALE
Lot Madinat Errahma 2 bn 34, Bd Oud Melouya - Hay Errahma - Casablanca
Tél: 07 03 08 46 79



كلارتيك

LOT : 7557
UT. AV : 09 - 21
P. P. V : 61 DH 00

لوراتادين

مضاد للحساسية

30 قرصا

Formule :

Loratadine 10 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé

Indications, contre-indications, précautions d'emploi,
posologie : voir notice.

Liste II

Respecter les doses prescrites



احترم الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Tableau C (Liste II)

Ne pas laisser à la portée des enfants.

Conserver à une température inférieure à 30 °C



Pour les autres informations, lire la notice à l'intérieur.
Administration orale. Avaler le comprimé avec de l'eau.
Médicament soumis à prescription médicale.

Pantoprazole GT[®] 40 mg

20 Voie orale
comprimés gastro-résistants

LOT : 200334
PER: 05/2023
PPV: 142,80 DH



TECNIMEDE GROUP

Pantoprazole GT[®] 40 mg

20 comprimés gastro-résistants



٢

فلوكلو كساستين

استاوا



500 مغ

12
كبسولة

مضاد حيوي

5000

فايفيسكون

GAVISCON

ADVANCE

التق عن طريق الفم في أكياس بنكهة النعناع

SUSPENSION BUvable
EN SACHETS GOÛT MENTHE



بنكهة النعناع **GOÛT MENTHE**

راحة فعالة من حرقه المعدة
والحموضة المعوية

*Soulagement efficace des
brûlures d'estomac et des remontées acides*

DISPONIBLE UNIQUEMENT EN PHARMACIE

1085T1
03/2023

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat

3166531

PPV : 98 DH 90



20 comprimés pelliculés
séables

Stilnox® 10 mg



UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A
la durée de prescription de ce médicament
ne doit pas dépasser 4 semaines.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Stilnox® 10 mg
zolpidem

56,69





20 comprimés pelliculés
séables

Stilnox® 10 mg



UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - TABLEAU A
la durée de prescription de ce médicament
ne doit pas dépasser 4 semaines.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Stilnox® 10 mg
zolpidem

56,69

