

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-651578

113540

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 1607 | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BELAMINE EL HABIB | | | |
| Date de naissance : 15 oct 1976 | | | |
| Adresse : 44 route Zouaskoura Résidence MACA 1 0000 | | | |
| Télé. : | 0661169602 | Total des frais engagés : Dhs | |

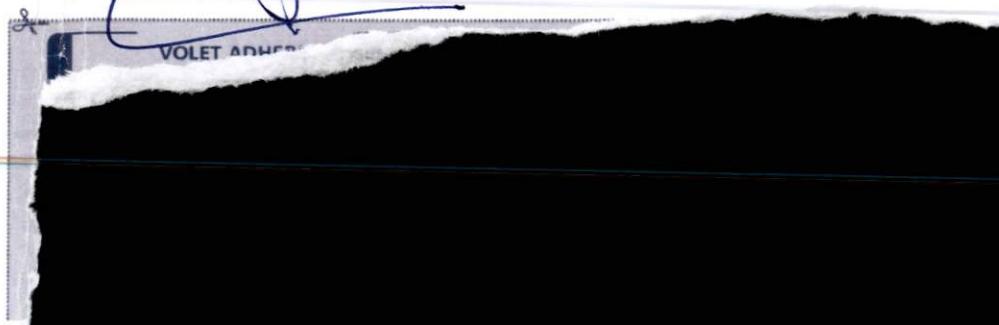
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 12/10/18 | | | |
| Nom et prénom du malade : BELAMINE EL HABIB Age: 42 | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Aggr de l'ACL | | | |
| 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 09 JUIN 2018

Signature de l'adhérent(e) : 



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 26/05/2022 | CR | 30000 | INP : 10011111111111111111111111111111 | Spécialiste Clinique TREC Beausoleil Ad. Ghandi - Casablanca |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|--|
|  | 12/5/22 |  Montant : 42.10 |

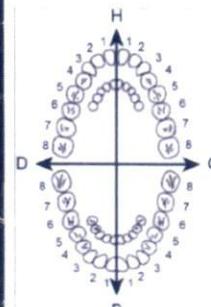
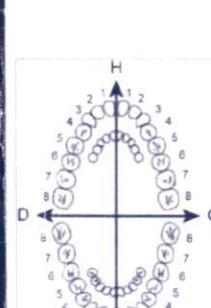
ANALYSES-RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Soins | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|---|-------|----------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLÔ-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

9th Sept 2004
EC 11.00

12/10/2004

19/10

S.V

Antibio - syringe

IV solut. 200 ml

22/10

S.V

Baguette

1 fl. 100 ml

42 درهم
دوكتور ف. مكوار
PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
Casablanca - Maroc

مصحة بوسيجور
الطب الالبياني
PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. Maria AZENNAR
Centre Commercial Casa Green Town
Casablanca - Maroc



Docteur F. MEKOUAR
Spécialiste en O.R.L.
Clinique O.R.L. Beausejour
108 Bd. Ghandi Casablanca

Baycutène® N



Anti-eczématique

Baycutène® N

15 g de crème

Usage externe

Bayer

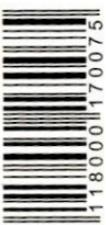
التركيب : 1 g من المركب يحتوي : [سبائك من دексاميثازون، كلورهارول 10 mg مع مطبلق 0,4 mg من دексاميثازون، كلورهارول 10 mg مع بحفظ درجة حرارة أقل من 25 درجة مئوية]

Composition : 1 g crème contient : Acétate de dexaméthasone 0,443 mg (corresp. à 0,4 mg de dexaméthasone), clotrimazole 10 mg A conserver à une température inférieure à 25 °C

35 x 25 x 130

7

Baycutène® N 15 g
Crème



غ 15 من المركب

استعمال خارجي

Titulaire d'AMM

Bayer S.A.
Bd Sidi Mohamed ben Abdellah
Casablanca marina, Tour d'ivoire 1, Etage 3,
Casablanca 20030 - Maroc

Fabricants :
laboratoires Pfizer S.A.
Km 0,500, Route de Oualidia
B.P 35 - 24000 El Jadida - Maroc

58118803

Uniquement sur ordonnance

احفظ في مكان بعيد عن المتناول
Respecter les doses prescrites

بایکوتین N

مسناد للأكتاما

15 g de crème
Baycutène® N

C18006

احفظ في مكان بعيد عن المتناول
Respecter les doses prescrites

12/18
ANTIBIO SYNALAR

Antibio Synalar 10 ml

Antibio Synalar 10 ml

Antibio Synalar 10 ml



6

118000120254

SYNALAR

SYNALAR

SYNALAR

CG1460-09

ANTIBIO SYNALAR

04/19

Dr. M. HOUACHI - Pharmacie - Pharmacie Responsable
Rue Amédée Guérin - 06130 Antibes
Fabricant per g. Polyvalent
Casablanca - Maroc

AMM N° 461/SG/42



ADULTES, ENFANTS

GOUTTES AURICULAIRES

SYNALAR

INDICATIONS, CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

TERAPIE DANS LE VUE DE LA POSSIBILITE DES ENTRETS

SOUPLESSE

INDICATIONS ET CONTE

INDICATION ET

POSOLOGIE

VER LE DOSSIER

Fraction de 10 ml



8



Antibio Synalar

Fraction de 10 ml



8



Antibio Synalar