

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Étage 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- 080376

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4895 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENCHEROUANE HANAN
 Date de naissance : 1948
 Adresse : Tlem
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENCHEROUANE HANAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Le : / /

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
29/06/22			2000	CABINET MEDICAL Dr. CHAKELIFI HAFID Dentiste Générale Bd. d'Alsace Casablanca Tél : 05 22 40 26 23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVELLE CASABLANCA K. BOUZOUBAA 16, Bd. de la Liberté Tél : 05 22 31 47 47 - CASABLANCA	29/06/22	584,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

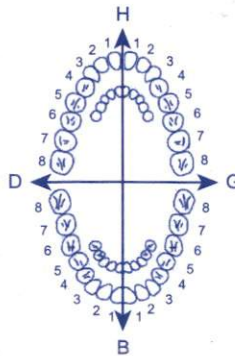
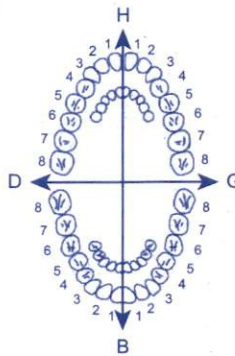
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE
CERTIFICAT DE LA FEDERATION
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.
ECHOGRAPHE
ECG
HOLTER TENSIONNEL

الدكتور حفيظ أوخليف

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية
عضو منتسب للجمعية الفرنسية
و الأوروبية لأمراض القلب
عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني
شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الإنجاب
الأوروبي للأطباء الاختصاصيين
الكشف بالصدى (اكوغرافي)
تخطيط القلب

Casablanca, le 29/06/2022

Bon de Grosse Honor

132,00

- N. el...
d...
SV

58,00 x 2

- M. T...
d...
SV

PHARMACIE NOUVELLE
CASABLANCA
K. BOULEVARD 44
6, Bd. de la Liberté
Tél. 05.22.31.47.17 - CASABLANCA

64,50

- D. ... 25 ref
d...
SV

216,00

- E. ...
d...
SV

CABINET MEDICAL
Dr. OUKHLIFT HAFID
Dr. d'Etat en Médecine G1e
38, Bd. d'Alsace - Casablanca
Tél.: 05 22 30 26 23

56,30

- D. ...
d...
SV

584,80

05 22 30 26 23 : الهاتف • الدار البيضاء • بنجدة، قرب سوق بنجدة • الطابق الثاني، بنجدة، 58، شارع الأزراس، 58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

P.P.V. : 132DH00

PPV 58DH00

EXP 09/2022
LOT 09040 1

COMPOSITION ET PRESEN

PRODU

COMPOSITION :

	- Boîte de 10 sachets	- Boîte de 24 sachets
Amoxicilline trihydratée : quantité correspondant à l'amoxicilline anhydre	1g	
Clavulanate de potassium : quantité correspondant à l'acide clavulanique	125 mg	
Excipients	q.s.p 1 sachet	

Clav Enfant 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 60 ml	Aclav Nourrisson 100mg/12,5mg/1ml Flacon de 20 ml
--	--

HISTANORM® 10 mg 30 comprimés

PPV 58DH00

EXP 02/2023
LOT 11013 2

PROPRIETES :

Antibiotiques antibactériens de la famille des bêta-lactamines.
Aclav est une formulation associant l'amoxicilline et l'acide clavulanique.

INDICATIONS :

Elles sont limitées aux infections dues aux germes reconnus :

- Les otites moyennes aiguës, otites récurrentes.
- Les sinusites maxillaires aiguës et autres formes de sinusites.
- Les angines récurrentes, amygdalites chroniques.
- Les surinfections de bronchites aiguës du patient à risque.
- Les exacerbations de bronchopneumopathies chroniques.
- Les pneumopathies aiguës du patient à risque.
- Les cystites aiguës récurrentes, cystites non compliquées.
- Les infections gynécologiques hautes, en association à un autre antibiotique.
- Les parodontites.
- Les infections stomatologiques sévères : abcès, phlegmon.
- Traitement de relais de la voie injectable.
- Infections respiratoires basses chez le nourrisson et l'enfant.
- Infections urinaires chez le nourrisson.

CONTRE INDICATIONS :

-Absolues :

- Allergie aux antibiotiques du groupe des bêta-lactamines.
- Mononucléose infectieuse.
- Antécédent d'atteinte hépatique liée à l'association amoxicilline-clavulanate.
- Phénylcétonurie (en raison de la présence de l'aspartame).

-Relatives :

Le méthotrexate

POSOLOGIE :

Les Posologies sont exprimées en Amoxicilline

Adulte normorénal (poids ≥ 40 kg)

2 à 3g/jour en 2 à 3 prises selon la prescription médicale et l'insuffisance rénale.

Adulte insuffisant rénal (poids ≥ 40 kg)

Di-INDO® 25 mg 30 comprimés

PPV 64DH50

LOT : 5426
UT. AV : 12-24
P.P.V. : 216 DH 00

PPV: 56,30 DH
LOT: 21H30D
EXP: 08/2023

Clairance de la créatinine	Schéma posologique
Supérieur à 30 ml / min	pas d'adaptation nécessaire
Entre 10 et 30 ml / min	1 g / 125 mg toute les 12 à 24h
Inférieur à 10 ml / min	Pour les patients traités ou non par hémodialyse les conditions d'utilisation n'ont pas été établies.

Chez les patients âgés : pas d'adaptation posologique sauf si la clairance de la créatinine est ≤ 30 ml / min (même posologie chez l'insuffisant rénal)