

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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° P19- 061711

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5221 Société : 2-A-9
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KRATI YOUNES
Date de naissance : 18/09/1975
Adresse : Rue Houssouf
Tél. : 061 375 70 Total des frais engagés : 206.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. GHAZAL Jaouad
Medecin Chef
C/S Ait Ouallal
Délégation d' El Hajeb

Date de consultation : 01/01/2022

Nom et prénom du malade : KRATI YOUNES Age : 21 ans

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

Nature de la maladie : AFFECTION MROICALE

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) :

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 Pourcentage des Actes
01/05/2022	C.M.		C.G.	Dr. GHAZAL Jaouad Médecin Chef C/S Ali Ouallal Délégation d' El Hajeb

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



1/6/2022

206.40

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

A M

P C

I M

I V

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 :

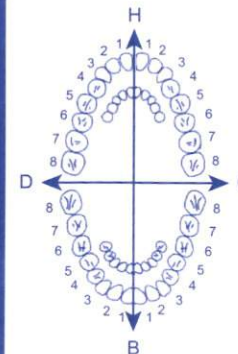
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

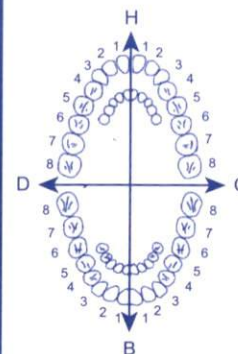
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
DELEGATION PROVINCIALE
D'EL HAJEB



المملكة المغربية
وزارة الصحة
الندوبية الإقليمية
للحاجب

Formation sanitaire: _____

Date: _____

Nom et Prénom: _____

ORDONNANCE MEDICALE

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 -
Ain Sebaa 20250 - Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
PPV : 32,00DH



Dr. M. AMRHAR

Dr. CHAZAL Jaouad
Medecin
Signature:
C/S Ait Ouallal
Délégation d' El Hajeb



206.

Etats grippaux - Rhume
Fièvre - Ecoulement nasal
Courbatures - Refroidissement

RINOMICINE®

Posologie :
Réservé uniquement à l'adulte.

Débuter le traitement par un sachet toutes les 6 heures puis continuer par 1 sachet toutes les 8 heures. Sans dépasser 3 sachets par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu d'un sachet dans un verre d'eau, bien mélanger et boire immédiatement.

RINOMICINE®

10 sachets

Poudre pour solution orale

Laboratoires de Applications
Farmacodinamicas, S.A.
Fabriqué sous licence par les Laboratoires PHARMA 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

١
ريزو ميلين

مسحوق التحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلة فارما 5
ياسمين لحلو فيلاي صيدلي مسؤول

22, 70

PHARMAS 5

عن طريق الفم

أقراص

8



للحكة

الأوجاع والحمى

باراسيتامول

دولستوب®

ملغ 1000

Composition :

Paracétamol..... 1000 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

التعليق :

باراسيتامول..... 1000 ملغ

سواء كمية كافية ل..... قوس واحد

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 214DMP/21/NNP

Laboratoires PHARMAS

Zone Industrielle Ouled Saleh - Boussouan - Masc
Yasmine LAHLOU FLALI - Pharmacien Responsable

Dolostop® 1000mg ○

Boîte de 8 comprimés



6 118000 093015

10,60

AZ[®]

Azithromycine

500 mg

Boîte de 3 comprimés

Voie Orale



Composition :

Azithromycine (DCI) 500 mg
Excipient q.s.p 1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose.
Boîte de 3 comprimés contenant 1,5 g d'azithromycine.

 مختبرات كالمينيكا - الدار البيضاء - المغرب
Laboratoires GALENICA - Casablanca - Maroc

AMM N° : 149DMP/21/NRQ

AZ[®] 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés

P.P.V. : 60,00 DH

6 118000 190097

AZ[®]
Azithromycine
500 mg

Boîte de 3 comprimés

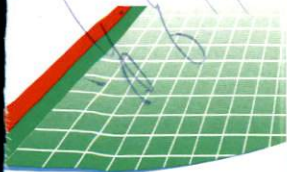
E A Z B B 2 V F A 01

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescents



sanofi aventis

58,40

Solupred® 20mg



Solupred® 20mg

Prednisolone



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescents



6 118000 060536