

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

- 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 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- 1054671

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196319
 Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID
 Date de naissance : 1951
 Adresse : 115 Rue Fausate apt 502 Rés la case Maarif
 CASA
 Tél. : 06 73 23 44 95 Total des frais engagés : 1347,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 02 / 08 / 22
 Nom et prénom du malade : A. ABDOUN ABDELHAFID Age : 71
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Respiratoire
 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 : MAMAKESH

Le : 15 / 08 / 22

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
02/10/22		1		<p>الدكتور محمد سعيد عبدون</p> <p>المستشار في أمراض الصدر</p> <p>شارع علال الفاسي تجرنة إكدر عمارة 111 - 112</p> <p>شقة رقم 8 - مراكش - الهاتف : 05 24 29 29 30</p> <p>INPE : 071083778</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	2-08-22	1347.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

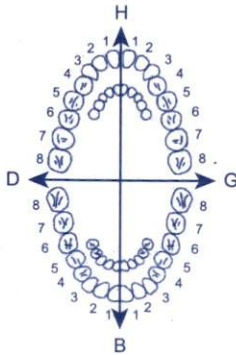
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

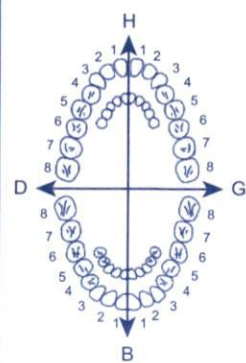
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
						
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		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

Docteur Med Saaïd ABDOUN

Spécialiste des Maladies Respiratoires (Asthme, Tuberculose ...)
et allergique pour Enfants et Adultes
Exploration Fonctionnelle Respiratoire
Fibroscopie Bronchique
Ex. Médecin à l'Hopital Ibn Zohr - Marrakech

الدكتور محمد سعيد عبدون

أخصائي في أمراض الصدر (الضيق، السعال ...)

و الحساسية للكبار والصغار

طبيب سابق بمستشفى ابن زهر - مراكش

INPE : 071083778

Marrakech, le : 02/08/22 مراكش, في :

ABDOUN Abdelhakif

$$106,80 \times 6 = 640,80$$

TRINXON 1p

$$57,00 \times 5 = 285$$

TRINXON 500 mg

$$122,70 \times 2 = 245,40$$

TRINXON 5 mg

$$53,00 \times 2 = 106$$

MIBRAN 5 mg

$$35,70 \times 2 = 71,40$$

KARDEC 160 mg

$$1347,60$$

05 24 29 29 30 : الماتف : مراكش - مراكش - عمارة 111 - شارع علال القاسي، الرويضات أمام كلية اللغة العربية،

Bd. Alal El Fassi, Roudiate, En face de la faculté de langue Arabe, Imm 111

Marrakech - Tél.: 05 24 29 29 30 - E-mail : m.saidabdoun@gmail.com - INPE : 071083778

53,00

صيدلية آفاق
دكتور عبدون كريم
رقم 1094
جماعة سجادة
05.24.43.42.84
INPE : 072005134

KARDECIC 160MG
SACHETS 830
P.P.V : 35DH70
LOT : 225602
PER : 07/2023
6 118001 061189

المادة مسود محمد سعيد عبدون

أخصائي أمراض الصدر

شارع علال القاسي، الرويضات أمام كلية اللغة العربية، عمارة 111 - مراكش

05 24 29 29 30 : الماتف

0
KARDECIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V. 35DH70



LOT : 22E002
07 2023

IMBE : 031083318

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

500 مغ
2/ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق



+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 1/2 ساعة صباح 1/2 ساعة زوال 1/2 ساعة مساء 1/2 ساعة

TRIAXON® I.M.
500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: S-02-6
PER: 09-2024
PPV: 57,00DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

500 مغ
2/ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق



+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
500mg/2ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER
PHARMA

LOT: S-02-6
PER: 09-2024
PPV: 57,00DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

500 مغ
2/ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق



+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن



مدة صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
500mg/2ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081234



COOPER
PHARMA

LOT: S-02-6
PER: 09-2024
PPV: 57,00DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

500 مغ
2/ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق



+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 1/2 ساعة صباح 1/2 ساعة زوال 1/2 ساعة مساء

TRIAXON® I.M.
500mg/2ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: S-02-6
PER: 09-2024
PPV: 57,00DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

500 مغ
2/ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق



+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 1/2 ساعة صباح 1/2 ساعة زوال 1/2 ساعة مساء

TRIAXON® I.M.
500mg/2ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: S-02-6
PER: 09-2024
PPV: 57,00DH

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/ملل

عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح
زوال
مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOPER
PHARMA

LOT: S-07-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

756.135.09.19

ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/ملل

عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح
زوال
مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

6 118000 081258

LOT: S-07-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

756.135.09.19

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/
ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح
زوال
مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant

6 118000 081258

COOPER
PHARMA

LOT: S-07-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

756.135.09.19

ترياكسون®

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/ملل

عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق + 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 4 أسابيع
صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



6 118000 081258



COOPER
PHARMA

LOT: S-07-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

756.135.09.19

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/
ملل
عبر العضل

1 + 1

1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح
زوال
مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant

6 118000 081258

COOPER
PHARMA

LOT: S-07-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

756.135.09.19

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ 3,5/ملل

عبر العضل

1 + 1



1 قارورة من المسحوق
+ 1 أمبولة مذيب لمحلول للحقن

مدة 4 أيام
صباح
زوال
مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml



Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

6 118000 081258

LOT: S-07-2
PER: 03-2024
PPV: 106,80DH

756.135.09.19