

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

M22- 0005787

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

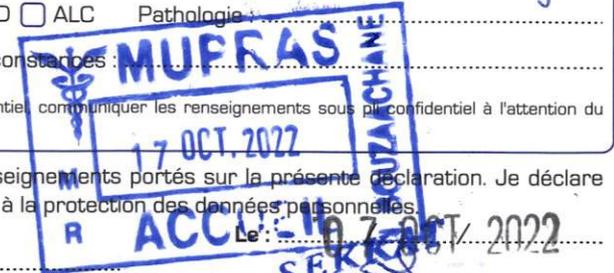
Matricule : 5306 Société : 133543
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : BENZAHRA HALIMA
Date de naissance :
Adresse : 22, RUE ABOU ABBAS EL AZFI - CASABLANCA
Tél : 066691229 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 07 OCT 2022
Nom et prénom du malade : BENZAHRA HALIMA Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : pharyngite + AA digestive + toux sèche
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
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 : 07 OCT 2022
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
07/001 2022	C	-	50,8H	 <p>Dr. B. SEKKAT M.D. D.D.S. L. Dr. Abdoul Moustakbar Imm. A 24 GH. 13 Appt. 1 - Casar 09 120 1954</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/10/22	907,2

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

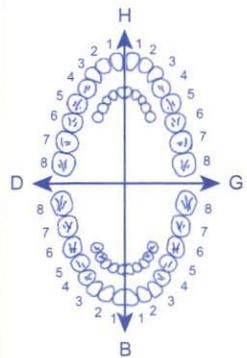
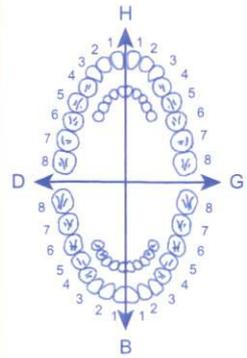
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																		
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA
Diplômée en Coloscopie & Gynécologie médicale
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)
والأمراض التناسلية - السيدا
اختصاصية في التطهير المهبل وأمراض النساء
طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 07 OCT 2022

BENZAHRA HALIMA

139,50
111,50

1

ERAXIN 500

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

55,40

2

1 cp 1 j
Surgam 200

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

22,50 x 3

3

1 p x 3 j
Ecdol

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Achcharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 00

11,50 x 1 h

4

1 cp x 3 j
Taugamil 500

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

12,50 x 2

5

1 p 1 j
Trimec

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

137,50

6

1 gel x 3 j
Basilac

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

100,40

7

1 gel le ser
Brex

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ

907,70

1 p 1 j

Ⓢ Ⓣ Ⓜ Ⓝ



Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine

20 comprimés effervescents

voie orale

 chiesi

LOT 21010
SER 11/24
P/V 1000H40

100/40



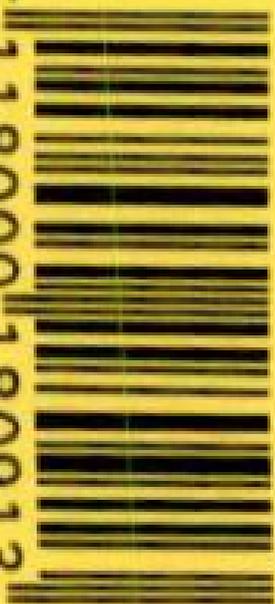
صيدوول

بازاستامول / كودينين

عن طريق الفم

Cédoï®

20 Comprimés



6 118000 180913



سنتتيك

DO 24



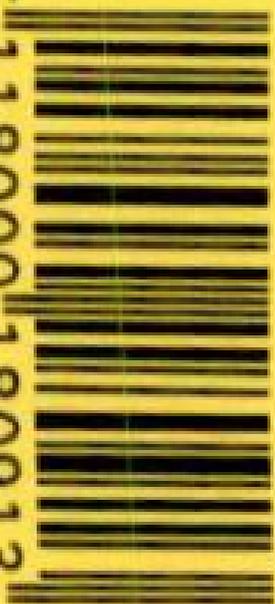
صيدوول

بازاستامول / كودينين

عن طريق الفم

Cédoï®

20 Comprimés



6 118000 180913



سنتلابك

DO 24



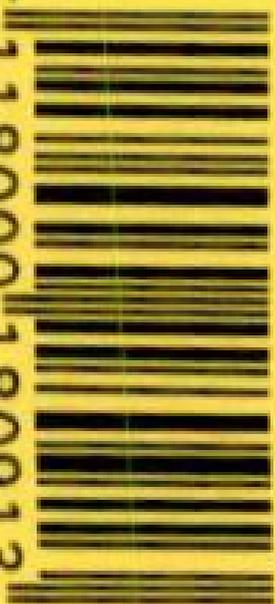
صيدوول

بازاستامول / كودينين

عن طريق الفم

Cédoï®

20 Comprimés



6 118000 180913



سنتتيك

DO 24



إر إكسان[®] 500 مغ

ليفوفلو كسامين

أقراص
مطبوعة
7

عن طريق الفم

Eraxin[®] 500 mg
lévofloxacine
7 Comprimés pelliculés



6 11 8000 181040

8/11/08

PPV :
LOT :
PER :

PV :
LOT :
PER :

139,50

Eraxin[®] 50
lévofloxacine

10 Comprimés
pelliculés

Voie orale

12

2

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

728860

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

Medicament non soumis
à prescription médicale.
لا يخضع لوصفة طبية.

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

728860

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

Medicament non soumis
à prescription médicale.
لا يخضع لوصفة طبية.

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

728860

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

Médicament non soumis
à prescription médicale.
لا يخضع لوصفة طبية

⊗ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

728860

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001 183340

Medicament non soumis
à prescription médicale.
لا يخضع لوصفة طبية.



سوركام[®] 200 ملغ

حمض تياروفينيك

20 قرصا قابلا للكسر - عن طريق الفم

Surgam 200 mg



Respecter les doses prescrites

احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU C
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول C

PER.: 04 2022

LOT : 9MA170

SURGAM 200MG
CP SEC B20

P.P.V : 55DH40



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaâ

20250 Casablanca

Intelicaps[®]
TECHNOLOGY

1000 x plus de bonnes bactéries vivantes*

Bacilac[®] forte
L. rhamnosus GG - Bb lactis

30 gélules végétales de 265 mg

Bacilac Forte est un probiotique qui contient deux types de bactéries naturellement présentes dans la flore intestinale.

Bacilac Forte favorise une bonne digestion et stimule notre flore intestinale après une thérapie prolongée d'antibiotiques.

Bacilac Forte est recommandé dans tous les cas où la flore intestinale a besoin d'un coup de pouce : ballonnements, flatulence, selles molles...

Fabricant : Sigmar Italia S.p.A
Via Sombreno 11
24011 Almé (BG) Italie

PPC : 137 DH 00


VÉSALE PHARMA
Microbiotic Solutions

Rue Louis Albert, 9 5310 Noville Sur Mehaigne Belgique

Trimedat®

150 mg

Trimébutine maléate

LOT : 2914
UT. AV : 08-26
P.P.V : 47 DH 20



20 gélules

Voie orale

PHARMA 5

MENT LA NOTICE AV

Trimedat[®]

150 mg

Trimébutine maléate

LOT : 2914
UT. AV : 08-26
P.P.V : 47 DH 20



20 gélules

Voie orale

PHARMA 5

MENT LA NOTICE AV