

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 canaux, 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 canaux.

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- 040601

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4194 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : EL HACHIMI Hakima
 Date de naissance : 27 Avril 1959
 Adresse : Cite' ESSAJA C n° 23 EPAC BEAUJARD NE C. NIBIA
 Tél. : 0661 3360 13 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation : 20/08/2022
 Nom et prénom du malade : ELHACHIMI Hakima 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
20/03/2022	Ce		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-22	317,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

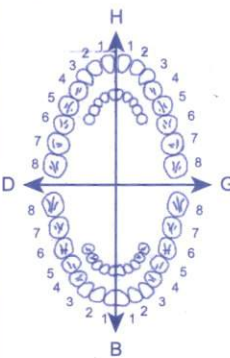
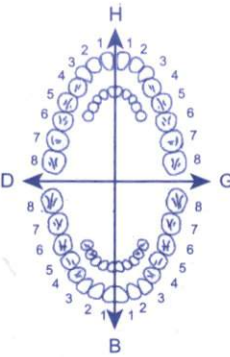
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</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> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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. Ali OUDGHIRI

Spécialiste

des Maladies de l'Appareil Digestif
(Foie - Estomac - Intestin - Hémorroïdes)

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Ancien Spécialiste des Hôpitaux Militaires du Maroc

Membre de la société nationale française de gastro-entérologie

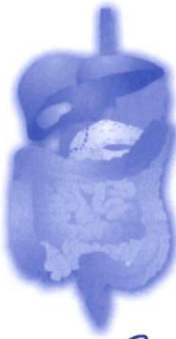
Vidéoendoscopie digestive - Echographie digestive

Cathéterisme rétrograde des voies biliaires (CPRE)

Proctologie Médicale et Instrumentale

Chirurgie Anale

(Hémorroïdes - Fissures - Fistules - Abcès)



الدكتور علي الودغيري

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

خريج كلية الطب بباريس

طبيب ملحق سابقاً بمستشفيات باريس

إختصاصي سابقاً بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

عضو الجمعية الفرنسية الوطنية لأمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالأشعة ما فوق الصوتية (التلفاز)

الفحص الداخلي بالمنظار الفيديوللمعدة والأمعاء

جراحة البواسير

Casablanca le

20/08/2022

EL HACHIMI. Hachimi

26,50x2

Vit C 1000 1/1 (2 l/ta)
1cp/1

66,00x2

Azineur 500 (2 l/ta)
1cp/1 x 6j

14,00

Dolep 1000
1cp si pesanteur ≥ 38

49,60

Dorep 1000 1 l/ta

49,30

Zinc 500

27,70

14/1 x 20j
1cp/1 x 10j

PHARMACIE ALI
27, Rue Ahmed KADMIRI
Cité Pigeau Lycée Al Wahid
Tél : 021 99.43.95 - Casa

Dr. Ali OUDGHIRI
Spécialiste Gastro-entérologie
Bd Bir Anzarane, Casablanca
Tél : 021 25 25 18 18

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

20

**COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS**

Voie orale

ARÔME ORANGE

Composition :

Acide ascorbique1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 20 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g 

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



6 118000 190936

AMM N° : 571R1/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.

FATIGUE - CONVALESCENCE

VITAMINE C 1000 mg

GALENICA

20

**COMPRIMÉS
EFFERVESCENTS**

Voie orale

ARÔME ORANGE

Composition :

Acide ascorbique1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé effervescent.
Excipients à effet notoire : E110, saccharose, sodium.
Boîte de 20 comprimés effervescents.

VITAMINE C 1g 

Boîte de 20 comprimés effervescents

P.P.V. : 26,50 DH



6 118000 190936

AMM N° : 571R1/18DMP/21/NRQ

Dr Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

يحفظ بعيدا عن الحرارة والرطوبة.
Conserver à l'abri de la chaleur et de l'humidité.



LOT 21115
EXP 03/06
P.V. 1661100

86,00

500 mg Promopharm

Azithromycine

Voie orale

3. 2/1
2. 49
1. 3 comprimés enrobés sécables

No pas adhésive la corse pro-protecte
Laba 1 (Tribuna N)

Fabriqué par PROMOPHARM S.A
Z.I. du sahel, P.O. Soualem - Maroc
Tél : 06 46 46 46 46 - Fax : 06 46 46 46 46
الطبعة السادسة - القاهرة - مع الصور المرفقة

Composition:
Azithromycine (sous forme diphosphate) 500 mg
Excipients (dont lactose) a.s.p. 1 comprimé
Lire attentivement la notice avant utilisation

التركيب:
أزيتروميسين (تحت شكل الفوسفات) 500
المكونات (بما في ذلك اللاكتوز) 1 قرص
اقرأ بعناية التعليمات قبل الاستخدام

3 اقراص مغلفة قابلة للكسر

عن طريق الفم



Azimycine® 500 mg Promopharm
Azithromycine
3 comprimés enrobés sécables
PROMOPHARM S.A.



أزيتروميسين

أزيميسين

500 مغ بروموفارم



LOT 21115
EXP 03/06
P.V. 1661100

86,00

500 mg Promopharm

Azithromycine

Voie orale

3. 2/1
3 comprimés enrobés sécables

No pas adhésive la corse protection
Laba 1 (Tribuna N)

Fabriqué par PROMOPHARM S.A
Z.I. du sahel, P.O. Soualem - Maroc
Tél : 0539 661111 - 0539 661112
الطبعة السادسة : فبراير 2006

Composition:
Azithromycine (sous forme diphosphate) 500 mg
Excipients (dont lactose) a.s.p. 1 comprimé
Lire attentivement la notice avant utilisation

التركيب:
أزيتروميسين (ثنائي الفوسفات) 500
المكونات (بما في ذلك اللاكتوز) قرص واحد
اقرأ بعناية التعليمات قبل استعمال

3 اقراص مغلفة قابلة للكسر

عن طريق الفم



Azizimycine® 500 mg Promopharm
Azithromycine
3 comprimés enrobés sécables
PROMOPHARM S.A.



أزيتروميسين

أزيتروميسين

500 مغ بروموفارم

3 ampoules buvables

D-CURE® FORTE

Cholécalciférol 100 000 UI

Vitamine D3

Importé par :

Ergo
maroc

Les laboratoires ERGO MAROC

108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.

AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

SMB

Composition :

Principe actif :

Cholécalciférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نواعي الإستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في عبوته الأصلية بعيدا عن الضوء وفي

درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

كوليكالسيفيرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



ampoule buvable

محلول زيتي للشرب

PPC: 49,660 DH
LOT: 21K03B
EXP: 11/2024

اسكاجا 20



45 ملجم

(سلفات الزنك)

زيناسكين®

ZINASKIN® 45 mg

PPV 400H90

EXP 12/2024

LOT 18066 38

20 comprimés effervescents

CARDIOASPIRINE 100 mg

Acide acétylsalicylique



30 comprimés gastro-résistants

Composition:

1 comprimé contient 100 mg

d'acide acétylsalicylique

excipients qsp un comprimé

Tenir hors de portée des enfants

Conserver à une température ne

dépassant pas 25°C.

التركيبية :
كل قرص يحتوي على 100 مغ من
حمض الأسيتيل ساليسيليك
بالإضافة إلى المواد الحافظة
بحفظ بعيدا عن متناول الأطفال
يحفظ تحت درجة حرارة لا تتعدى
25 درجة مئوية



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280



كارديو أسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

MFD

BT12SR1 11 2019

11 2024

EXP

دولبران 1000 ملغ
بارا سيتامول

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés



أقراص

b
بوتلي
82 شارع الكاويك - عين السبع - الجزائر
من الصيدلي - صيدلي مسؤول

COMPOSITION
Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DG90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

INDICATIONS
Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. Peut être prescrit par votre médecin dans les douleurs de l'arthrose. Réservé à l'adulte et à l'enfant de plus de 15 ans : lire attentivement la "posologie". Pour les moins de 15 ans, il existe d'autres présentations. Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Doliprane®
1000 mg
PARACÉTAMOL



b
بوتلي
82, Avenue des Cadettes - Ain Sidi - Casablanca
S. Elachouch - Pharmacien Responsable

COMPRIMÉ
ADULTE
10 Comprimés

VOIE ORALE. Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

POSOLOGIE
1 comprimé par prise, à renouveler si nécessaire jusqu'à 4 comprimés par jour. En cas de douleurs plus intenses, et sur avis médical, la posologie peut être portée jusqu'à 4 comprimés par jour.
Attention : ne pas prendre plus de 4 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.
TENIR HORS DE LA PORTEE DE LA VUE DES ENFANTS
Lire attentivement la notice avant utilisation.
AMM N° 834/76 DMP/21/NRQ

PPV: 14DH00
PER: 04/25
LOT: L1579

