

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° W21-763859

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12305 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL MAROU OTMANE
 Date de naissance : 16/06/1983
 Adresse : CASA
 Tél. : 0661 1176 19 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 17/11/2022
 Nom et prénom du malade : El monde somail Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : RAMITE obstruée
 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 : 17/11/2022

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
17/11/22	8	9	25007	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/22	27970

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <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>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		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Dr. Salma BENKIRANE

دكتورة سلمى بنكيران

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd

اختصاصية في أمراض الطفل و الرضع
و الحساسية و مرض الربو
المعالجة الأميوباتية
طبيبة داخلية سابقة في مستشفى ابن رشد

Casablanca, le 17/11/2022 : الدار البيضاء في

El moudi somail

41,50

4 Oralbacacium

1/2 dose a 2 1/5 pdr 3 jrs.

18,50

2 Alum (pas H): 3x 4 1/5 pdr 3 jrs

18,50 Rume x uipussu: 3x 4 1/5 pdr 3 jrs

18,50 Pyonias H: 3x 4 1/5 pdr 3 jrs

18,50 Drosera 1r H: 10 pdr le 1er pdr 3 jrs

98,100
3/1 Pediakid 3 - gyle

1cc x 3/1 jrs

STE PHARMACIE GORGE
Centre commercial Pousstour Golf club
RDC 9 - BOULEVARD - Casablanca
Tél: 05 22 59 07 09

PEDIAKID NEZ-GORGE
PVC : 98,00 DHS
Complément alimentaire ce n'est pas
un médicament
N°DA20161512265DMP/20/CA/MAV
RIMAPHARMA: 165, bd Abdelmoumen
Casablanca

372, Lotissement Al Mostakbal, GH42, RDC, App.1, Sidi Maarouf, Casablanca
Tél.: 05 22 78 01 57 - Tél: 06 80 12 22 20 • E-mail : drsalmbenkirane@gmail.com
Patente : 36119778 • INPE : 091173559 • ICE : 001737284000010

3620
u/ elmosinop

2,5 ml / 15 dr. 1 mois.

279,70

STE PHARMACIE GOLF CITY
Centre commercial - Bouskoura - Casablanca
RDC N° 9
Tél: 0522 59 07 09



®

Sirop

ACTIVE :

..... 0,5 mg

..... 1 ml

hydroxybenzoate de méthyle,
que, sorbitol, propylène glycol,

QUE :

gée, exerçant un effet antagoniste
sélectif sur les récepteurs périphériques.**DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT :**

- La rhinite allergique.
- L'urticaire chronique idiopathique.
- Les démangeaisons et éruptions urticariennes.

ATTENTION**DANS QUELS CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT :**

- Hypersensibilité à la substance active, à l'un des excipients, ou à la loratadine.

MISES EN GARDE ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

- Ce médicament contient du sorbitol et du saccharose. Si vous avez une intolérance à certains sucres, contactez votre médecin avant de prendre ce médicament.
- Faites attention avec Erlus® si vous présentez une maladie des reins.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

L'utilisation d'Erlus® n'est pas recommandée durant la grossesse et l'allaitement.

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES :

L'utilisation d'Erlus® avec d'autres médicaments.

PRECAUTIONS D'EMPLOI AVEC LES MACHINES :

L'utilisation d'Erlus® peut provoquer un effet somnolent et ne

L'utilisation d'Erlus® est contre-indiquée chez les personnes sensibles à la loratadine.

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États grippaux

oscilloccinum®

6 doses



BOIRON®



CIP: 3400932811007

LOT: 160341

EXP.: 03/2025