

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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° W21-773381

139637

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13035 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ABOU EL FADA MARIAM
 Date de naissance : 26/05/92
 Adresse : Sidi Maarouf 5 rue 58 n°4
 Tél. : 0629261384 Total des frais engagés : 409,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : 01 / 12 / 2022

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 Paiement des Actes
28/11/22	Consult		G	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28 Nov 2022	109,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	28/11/22	Echographie des p. eds	3000th

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 canaux, 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, articulations,
Colonne vertébrale et la Goutte
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



أخصائية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل،
والروماتيزم، العمود الفقري،
الهشاشة والنقرس،
الفحص بالصدى

28 novembre 2022

Mlle ABOU EL FADEL Mariam

ISONE 20MG

45,80

2cp /J après le petit déjeuner avec régime hyposalé pdt 10 j

DOLOSTOP 1G CP SIMPLE

0960

1cp x2 /Jour à midi et le soir pdt 10 jours

PRAZOL 20 MG

52,80

1 Gelule /jour le matin à jeun 1/4 heure avant le repas 14 jours

109,20

Pharmacie AL FARABI
LAHBABI Amina
45, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22.27.35.82
TP: 35601098 - ICE: 001654187000019
INPE 092004639

Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med Zafzaf Anassi
Tél: 05 22 01 07 07

Tél : 05 22 01 07 07 -Gsm : 06 10 55 57 57 - E-mail : Jihane.sekkat@gmail.com

المجمع الطبي أناسي: 8 السلام 1، شارع محمد الزفزاف إقامة ريم 1 ش 17 الطابق 3، (قرب بريد المغرب حي أناسي) - سيدي مومن - الدار البيضاء

Complexe Médicale Anassi : Bd Med ZAFZAF, Rsd RYM 1, N° 8, Etd 3, N° 17, Anassi - Casablanca

Composition :

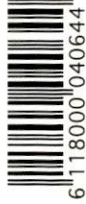
Omeprazole 20 mg
Excipients q.s.p. 1 gélule.

الكمية :
أومبرازول 20 ملغ
مكونات ك :
لشمة واحدة

AMM N° 81/16 DMP/21/NRQr

Prazol® 20mg
Omeprazole

14 gélules



6118000 040644

برازول 20 ملغ
أومبرازول

TABLEAU C (LISTE II)
(II) جدول س (اللائحة II)

احفظوا الجرعات المحددة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

104x78x22

عن طريق الفم

14
برشمة

صامدة للعصارة المعدية
82 مراكازياناس - عين الشيخ - الدار البيضاء
بوتلي ب.و.
م. التلويجي - صيدلي مسنول

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Conserver à une température inférieure à

25°C et à l'abri de l'humidité.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

يرجى مراجعة النشرة بتمعن قبل أي استعمال.

يرجى الاحتفاظ بهذا الدواء في درجة حرارة أقل

من 25 درجة مئوية وبعيدا عن الرطوبة.

يحفظ بعيدا عن مرآة و متناول الأطفال.

100140
06/20

Prazol® 20mg
Omeprazole

بوتلي ب.و.
م. التلويجي

14
gélules

Voie orale

bottu®
82, Allée des Casanovas - Air Sebba - Casablanca
S. Bouchou - Pharmacie Respiratoire
Microgranules gastro-résistants

Prazol® 20mg
Omeprazole
14
gélules

68x20x95

Composition :

Paracétamol 1000 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé

التركيب :
باراسيتامول 1000 ملغ
سواغ كمية كافية لـ قرص واحد

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 214DMP/21/NNP

Laboratoires PHARMA 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Dolostop® 1000mg
Boîte de 8 comprimés



8 comprimés

Voie orale

Dolostop®
Paracétamol

1000mg

Dolostop®

1000mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 2434
PER : 08-25
P.P.V : 10 DH60

8
comprimés
Voie orale

PHARMA 5

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف بموجب وصفة طبية - لائحة (أ)

AMM N°126 DMP/21/NRQ

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Sous Licence des Laboratoires STREULI - SUISSE

مصنع من طرف مختبرات سوطيما

ص.ب رقم 1, 27182 بوسكورة - المغرب

بترخيص من طرف مختبرات سترولي - سويسرا



إيزون
بريدنيرون



LOT 221395 1
EXP 05 2027
PPV 45 80

إيزون 20 ملغ

بريدنيرون

20 قرصا قابل للكسر



ISON 20 mg
20 comprimés sécables



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
لدى	صباح	منتصف	الليل	مساء	قبل	بعد	مجموع	مجموع	مجموع



6

118000 020028

Cabinet de rhumatologie Dr Jihane SEKKAT

Casablanca, Le 28/11/2022

Echographie des pieds

Nom : Mlle ABOU EL FADEL Mariam

Motif de consultation : Douleurs mécaniques

- Kyste synoviale du bord externe du pied droit de 8/5mm
- Le reste de l'examen est normal

Note d'honoraire de l'échographie : 300 DH
(trois cent dirhams)

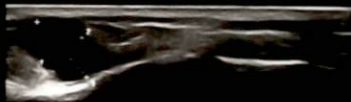
Dr SEKKAT Jihane
Rhumatologue
8, Bd Med Zefzaf Anassi
Tél. : 05 22 01 07 07

Opération Essalam1, Bd Med Zefzaf, resd Rym1, appt 17, ETG 3, Sidi Moumen, Casablanca.

Tel: 05-22-01-07-07. E-mail: jihane.sekkat@gmail.com

DR SEKKAT JIHANE
11.29.2022 03:08:33 AM

Admin IM. 0.6
LS-17H ITM 0.1



DRSEKKAT1
2D
P 100%
Freq 15.0
Gn 29
DR 78
BR 78
D 3.5
RZ 0.96

PIED DT F EXTERNE

	0 + 0
1 D	0.82 cm
2 D	0.52 cm

10.00 10.00 10.00 10.00 10.00 10.00 10.00 10.00 10.00 10.00

500