

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00870 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAIHBAH BONCHAHIB

Date de naissance : 15/03/1949

Adresse : RBS. AL WATHIQU M. 11 EIG. 1. APT. 6

Tél. : 0661453354 Total des frais engagés : 730 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

NPE : 091122440

Date de consultation : 22 NOV 2022

Nom et prénom du malade : 17^e BAHBAH Bonchahib Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Synthèse + cystite

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 : Le : 1/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUÉLÉ

07 DEC 2022
MUPRAS
R. H. HADJ

RELEVE 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
22 NOV 2022	100,00	01	200,00	<p>Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouna Hay Erraha Tél: 05 22 36 58 91 Casablanca</p>
				INPE 091122440

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Choufia EP. Slaoui Casablanca - tel. 05 22 36 01 61	22/11/2021	Pharmacie SOPHIA Montant total EP. Slaoui 14. Butcher - El Ibrou Sina Casablanca - tel. 05 22 36 01 61 530.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES				
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	Prise en charge

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 SADIK Fouzia

Médecine Générale

Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام

الفحص بالصدى

104. زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابق)
الطابق الأول - بوسيجور
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 36 58.91

الدار البيضاء ، في : 22 NOV 2022 Casablanca, le :

OL^u BAHBAH Bouchaib

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 21E003
PER.: 07/2025



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 22E002
PER.: 01/2026



STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20
P.P.V : 56DH60
LOT : 21E001
PER.: 03/2025



Ballonyl®

Charbon activé

Confort intestinal

05/2025



Favorise l'élimination des gaz

60 gélules
Voie orale

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAIDI Pharmacien Responsable


Deva
Pharmaceutique
146-147, Zone Industrielle
Tir Mellil - Casablanca

Ballonyl®

Charbon activé

Confort intestinal

60 gélules
Voie orale



110068-03

AMM N° : 570/17 DMP/21/NRQ

LOT : 22091

PER : 02/2025

PPV : 102,00 DH

أولسيبر
أوميرازول 20 ملخ

كبسولات مقاومة للأحماض المعدة



عن طريق الفم
28 كبسولة

Laboratoire pharmaceutique IBERMA
ZI -Lot 149-Had Soualem- Maroc
Sous licence laboratoire pharmaceutique
ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS CENTRUM, S.A.
Espagne Groupe A.S.A.C
NADIA IBNTABET : Pharmacien responsable



نوم 75014 جاتي ايني 53

برونشوكود للاطفال

003 ٣

برونشوكود

برونشوكود

برونشوكود

برونشوكود

bronchokod

sans sucre

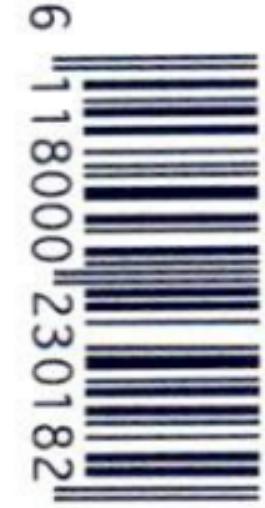
Adultes

LOT:1163

PER:05/24

PPV:41,10DH

IBERMA



SEPCEEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

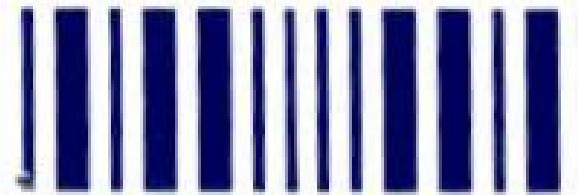
سيبروفلوكساسين

٥٠٠
سيبروفلوكساسين®

علبة من 10 أقراص ملمسة
عن طريق الفم

بحب احترام الجرعات الموصوفة

84,80
05/2025
09/2025
F17:74.80 DH



AZIX®

Azithromycine 500 mg



3 Comprimés
sécables

bottu s.a.
82, Allée des Casseaux - Ain Seba - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

AZIX®
Azithromycine

500 mg
voie orale

P B V 79DH70
P E R 06/2000
L O T L 2208

