

# 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° P19- 058287

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09452 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZAHIDY Banahid  
 Date de naissance : 11.02.1968  
 Adresse : 143 Bd Omar Duffi Esc 5 APT 20 Casa  
 Tél. : 0626301902 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/12/2022  
 Nom et prénom du malade : Zahidy Banahid 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 : Casablanca Le : 29/12/2022  
 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
29/12/22	U		2	CABINET REGIONAL Dr. OUKHFI HAFID Dr. d'Etat en Médecine Générale 30, d'Alsace 05 22 40 24 25

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IS KAMAVAN 61, Bloc F Lot Le Comptoir Benjamin Assablanca Tél: 05 22 45 25 21	29.12.22	281.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

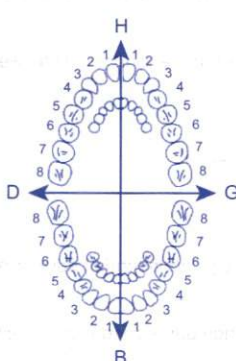
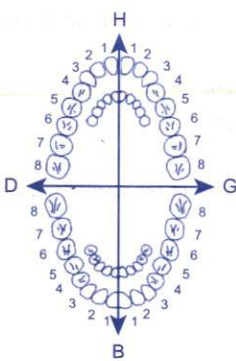
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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. Hafid OUKHLIFT**

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R  
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE  
MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE  
CERTIFICAT DE LA FEDERATION  
INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.  
ECHOGRAPHE  
HOLTER TENTIONNEL  
ECG

**الدكتور حفيظ أوخليف**

طبيب رئيس سابقا بالقوات المسلحة الملكية  
عضو منتسب للجمعية الفرنسية  
و الأوروبية لأعراض القلب  
عضو منتسب للجمعية الفرنسية للضغط الشرياني  
شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري و الإنحداد  
الأوروبي للأطباء الأخصائيين  
الكشف بالصدى (إكوغرافي)  
هولتير الضغط الدموي  
تخطيط القلب

Casablanca, le 29/12/2022

20moy 17mmHg

168.20

17

168.20

22.20

168.20

79.50

168.20

12.10

168.20

281.90

PHARMACIE IS KHAMAVAN  
61, Bloc F Lot. Le Comptoir  
Benjdia - Casablanca  
Tél: 05 22 30 26 23



poudre pour suspension  
buvable en sachet



1g / 125 mg

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

...كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV: 168,20 DH  
LOT: 649463  
PER: 02/24



# Codoliprane®

PARACETAMOL ET CODEINE

Codoliprane®  
PARACETAMOL ET CODEINE



16 COMPRIMES  
SECABLES



16 COMPRIMES  
SECABLES

**b**

bottu s.a.

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

PPV 22DH20  
PER 09/24  
LOT L2908



gsk

Crème

Tube de 10g

**BETNEVAL 0,1%**

VALERATE DE BETAMETHASONE

FORMULE

Bétaméthasone (sous forme de 17-valérate).....0,122g

Chlorocresol .....0,1g

Excipient .....q.s.p. 100g

Mode d'emploi : usage externe.

Lire attentivement la notice avant emploi.

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

Eviter tout contact avec les yeux.

A conserver à une température inférieure à 25°C.



LOT : 0213

PER : MAR 2025

PPV : 12 DH 00

BETNEVAL 0,1%  
Crème, tube de 10g



6 11800 2301

# Carboxane®

## Gélules Flora

Lot : 0147

À consommer de  
préférence avant le : 06/2022

PPC: 79,50 DH

### COMPOSITION : Lactobacillus bulgaricus ATCC

11842-7995, Lactobacillus acidophilus SGL11,  
Streptococcus thermophilus SGT 01, Streptococcus  
lactis SGLc, Lactobacillus casei souche ATCC 11582,  
Enterococcus faecium SGEf 01, Bacillus coagulans MTCC  
5260, Support : Maltodextrine, Inuline, Fructo-oligo-  
saccharides (FOS), Vitamine C (acide ascorbique),  
Vitamine B3 (niacine), Vitamine B1 (Chlorhydrate de  
thiamine), Silice micronisée, Stéarate de magnésium  
végétal, Agent colorant : Dioxyde de titane (capsule),  
Cellulose microcristalline, Gélatine naturelle (capsule).

### PROPRIÉTÉS ET UTILISATION : Carboxane® flora

gélules est un symbiotique à base de probiotiques et  
de prébiotiques recommandé en cas de déséquilibre  
de la flore intestinale. Carboxane® flora gélules est  
stable au pH acide et à la bile.

**CONSEILS D'UTILISATION :** 1 gélule 1 à 2 fois par jour  
à distance des repas.

**PRÉCAUTIONS D'UTILISATION :** - Tenir hors de portée des enfants de moins de 3 ans.

- Conserver dans un endroit frais et sec. - Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.
- Les compléments alimentaires doivent être consommés dans le cadre d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Poids net - 5,25 g



**MEDIPRO**  
PHARM

### INFORMATIONS NUTRITIONNELLES

Ingrédients		Par 2 gélules
Lactobacillus bulgaricus	6 milliards. UFC*	
Lactobacillus acidophilus	6 milliards. UFC**	
Streptococcus thermophilus	4 milliards. UFC**	
Streptococcus lactis	1 milliards. UFC**	
Lactobacillus casei	1 milliards. UFC**	
Enterococcus faecium	1 milliards. UFC**	
Bacillus coagulans	1 milliards. UFC**	
Inuline	160 mg	
Fructo-oligosaccharides	100 mg	
Vitamine C	60 mg (100% AJR**)	
Vitamine B3	18 mg (99,9% AJR*)	
Vitamine B1	1,4 mg (100% AJR*)	

UFC\* : (Unité Formant Colonie)

AJR\*\* : (Apports Journaliers Recommandés)