

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 canalaires, 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 canalaires.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

32.80

Société :

Matricule :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

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 : 03/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N°: A-A-215/2019



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
03/03/2023			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
ARMACIE D'ORANGE 15 bis, Rue Beaurepaire, 84000 Tél. 04 90 22 11 88	03.03.2023	295,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side) and arrows indicating movement directions. The arch is oriented with the head at the top. Movement arrows are as follows:

- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Movement arrow pointing towards the center (mesial direction).
- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Movement arrow pointing away from the center (distal direction).
- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Movement arrow pointing upwards (vertical direction).
- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Movement arrow pointing downwards (vertical direction).
- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Movement arrow pointing to the left (lateral direction).
- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8: Movement arrow pointing to the right (lateral direction).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

15 bis, Rue Tannane, Casablanca
Tél/Fax: 0522 25 52 63

PHARMACIE ADOYSSÉE
15 bis, Rue Tannane, Casablanca
Tél/Fax: 0522 25 52 63

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlof@gmail.com

A CASABLANCA Le 03 mars 2023

Mlle SALHI Rabha

ALDACTAZINE : 1/2 CP LE MATIN
SANS ARRET

25,00 x 3
DIGOXINE : 1 CP /J SAUF LUNDI ET VENDREDI
SANS ARRET



37,80 x 3
SECTRAL 200 MG : 1/2 CP PAR JOUR
SANS ARRET le matin



20,00 x 3
SINTROM 4 MG:
1 JOUR 1/4 CP / 24HEURE ET 2 EME JOUR 1/4 CP / 36HEURE SANS ARRET



46,70
ZYLORIC 100MG
1 comprimé par jour pendant 3 mois.



01505263
PHARMACIE ADOYSSÉE
15 bis, Rue Tannane, Casablanca
Tél/Fax: 0522 25 52 63

SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V:37DH80
6 118000 060154
LOT :22E001
PER. JU 2025

0
SECTRAL 200 MG
CP PEL B20
P.P.V 37DH80
6 118000 060154
LOT :21E001
PER. JU 2024

0
SECTRAL 200MG
CP PEL B20
P.P.V:37DH80
6 118000 060154
LOT :22E001
PER. JU 2025

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 0522298155/59 - 0522 47 26 89

Docteur ALI EL MAKHLOUF

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

02/2024
210071



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés **voie orale**

02/2024
210071



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés **voie orale**

02/2024
210071



6 118001 040117

DIGOXINE 0,25 mg

(Digoxine)
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Lire attentivement la notice intérieure avant utilisation

Digoxine Nativelle® 0,25 mg

30 comprimés **voie orale**

أقراص من فئة 4 ملخ
عن طريق الفم

سنتروم 4 ملخ
اسينوكومارول

Sintrom® 4 mg

Acinocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

أقراص من فئة 4 ملخ
عن طريق الفم

سنتروم 4 ملخ
اسينوكومارول

Sintrom® 4 mg

Acinocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

أقراص من فئة 4 ملخ
عن طريق الفم

سنتار 4 ملخ
سيبوكومارول

Sintrom® 4 mg

Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :
Exp :
N° Lot :

20,00

زيلوريال[®]
100 ملغ

ألوبورينول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 213503

EXP 01 2026

PPV 46.70 DH