

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.

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

M22- 0007475

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1516 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BIKRI AHMED
 Date de naissance : 02/02/1948
 Adresse : Hay Moubaraka, Rue 3 Apt 6
 Tél : 762 15 27 53 50
 Total des frais engagés : 1562,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENADDI HASSAN
 AGREE POUR PERMIS DE CONDUIRE
 3 bloc Farid 101 Bd Abbas El Ghaddaoui
 Sidi Berneussi Casablanca
 GSM : 06 15 27 53 50
 Date de consultation : 03/03/2023
 Nom et prénom du malade : BIKRI Ahmed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA affec. usuelle
 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 : Casablanca Le : 08/03/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
8/3/2023		C	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08.03.23	462.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

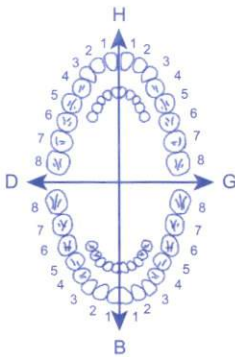
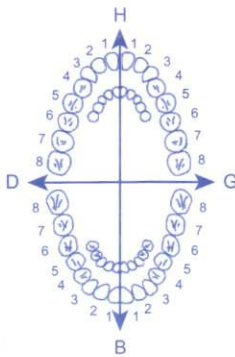
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>														
				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

Docteur BENNADDI Hassan

Diplome de la faculté de médecine de Lille

MEDECINE GENERALE

Diplome d'Echographie de la
de Médecine de Paris

Agrée pour la Visite Médicale
de Permis de Conduire
Suivi de Diabète

الدكتور بنعدي حسن

خريج كلية الطب بليل

الطب العام

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

كلية الطب بباريس

مرخص للفحص الطبي لأجل

رخصة السياقة

مراقبة مرض السكري

Casablanca Le : 8/3/2023 : الدار البيضاء في :

114.30 DH x 2

- Coangu

- Shlun

50.6 DH x 2

- Aigik

22.8 DH

98.00 DH

Blue Farid 101, Avenue Abbas Ghaddaoui N° 3 Sidi Bernoussi - Casablanca

بلوك فريد ، 101 شارع عباس الغداوي رقم 3 سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 73 27 09 - 06 15 27 53 50

STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 56DH60

LOT : 22E004
PER : 05 2026



STILNOX 10MG
CP PEL SEC 820
P.P.V : 56DH60

LOT : 22E004
PER : 05 2026

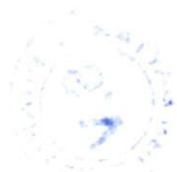


LOT: 328
PER: JUN 2024
PPV: 114 DH 30

ure inférieure à 30°C
s enfants

LOT: 328
PER: JUN 2024
PPV: 114 DH 30

ure inférieure à 30°C
s enfants



ALGIK

Paracétamol + caféine

FORME ET PRESENTATION

Poudre orale : étui de 20 g

Paracétamol (D)
Caféine anhydre
Excipients q.s.

LOT : 224005
EXP : 04/24
PPV : 21DH80

par étui

10 g
1 g

INDICATIONS

Traitement symptôme

- affections douloureuses : céphalées, migraines, douleurs dentaires, névralgies, douleurs musculaires, douleurs postopératoires et traumatiques, dysménorrhée,
- états fébriles (en cas de grippe).

POSOLOGIES ET MODES D'ADMINISTRATION

Posologie :

Adulte et enfant à partir de 12 ans : 1 sachet toutes les 6 à 8 heures, selon les besoins.

Les prises doivent être espacées d'au moins 4 heures et ne peuvent dépasser 2 sachets en une fois et 6 sachets par 24 heures.

La durée du traitement sera aussi brève que possible (maximum 10 jours) et n'excédera pas la période symptomatique.

En cas d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine inférieure à 10 ml / min) : l'intervalle entre 2 prises sera au minimum de 8 heures.

Mode d'administration :

Verser le contenu du sachet dans un demi - verre d'eau , mélanger et boire immédiatement.

CONTRE - INDICATIONS

- Hypersensibilité au paracétamol ou à la caféine.
- Insuffisance hépatocellulaire grave.