

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

M22- 0037656

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09342 Société : J-A-M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Khabban Abdennasser
 Date de naissance : 14-04-1971
 Adresse : Lot massim Résidence Ghita 1 bat 168 n° 13 Casablanca
 Tél. : 06 19 74 90 10 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Bouhna ELASRI Médecine Générale N°4 Imm 210 SARA Hay Nassim-CASABLANCA Tel: 0661 85 35 55
 Date de consultation : 28.09.2023
 Nom et prénom du malade : HAIT KHABBAR Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection mycosique + Oryziolgie + Recordialgie
 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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
28/09/23	G	+	= 200 DH	<p>Dr. LOUBNA ELASRI Médecine Générale N°4 Imm 210 SARA Hay Nassim-CASABLANCA Tél: 0661 85 35 55</p>
	ECG		= 100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.09.23	251,60

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
		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 :

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																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

- DU de Diabétologie et Nutrition de la Faculté de Médecine de Bordeaux
- DU de Gynécologie Médicale, Suivi de Grossesse, Stérilité du couple de la Faculté de Médecine de Bordeaux
- DU de Nutrition et Maladie Métabolique de la Faculté de Médecine de Fes
- Echographie Clinique / ECG
- Ancien Médecin des Urgences à la polyclinique CNSS - Cacablanca



- دبلوم جامعي داء السكري و التغذية بكلية الطب ببوردو، فرنسا
- دبلوم جامعي أمراض النساء، تتبع الحمل، عقم الزوجين بكلية الطب ببوردو، فرنسا
- دبلوم جامعي أمراض التغذية و السمنة بكلية الطب بفاس
- الفحص بالصدى / التخطيط الكهربائي للقلب
- طبية سابقا بقسم المستعجلات
- مصحة الضمان الاجتماعي - الدار البيضاء

Cacablanca, le 28/09/2023 في الدار البيضاء،

Mlle Hajar Khabbar

① Colofarm 50mg (AT)
45,50 1 cp x 2 / J

② Acetils 100mg (AT)
37,00 1 - 2

③ Ketocarm Sachet (AT)
84,20 1 sachet / seu 1 x 2

④ Tefuna Crème (AT)
62,40 1 Appl x 2 / J

Ⓟ Belmazel damp
18el | T (A)
SV

2250

Dr. Loubna ELASRI
Médecine Générale
N°4 Imm. 210 SARA
Hay Nassim-CASABLANCA
Tél: 0661 85 35 55

T=25160

22,50

20 mg

7

Gélules

Handwritten signature

BELMAZOL®

Oméprazole

Voie Orale



ACETHIO[®] 500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20 Comprimés

Voie orale

P.P.V :
LOT :
EXP :

37,00

TERGUMA[®]

Terbinafine

1%
Voie cutanée
Cutaneous use

Crème
Cream

30g



DURATION DUREE		MORN. MATIN	NOON MIDI	EVEN. SOIR
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



COOPER
PHARMA

LOT: 230267
PER: 02-2025
PPV: 62,40DH

Kétoderm® 2% gel en sachet

**Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler**

Uniquement sur ordonnance - Liste I

posologie: _____ sachet _____ fois par _____

A conserver à une température
ne dépassant pas 25° C

Voie cutanée

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants



3400933306953

AMM Tunisie N : 23223011

Kétoderm® 2% gel moussant
kétoconazole



Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Ketoderm 2% gel b8 sachet

P.P.V : 84,20 DH




6 118001

181490

Cataflam[®] 50mg

Diclofénac potassium

Handwritten notes: 20, 14, 2, 10, 4, 2

 NOVARTIS

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

LOT : M23032
EXP : JAN 2026
PPV : 45,50 DH

Id.: 11- KHABBAR
Nom: HAJAR
Prenon: HAJAR
Ne: / / (H) / mmHg
...cm ...kg

Médicament: 28/09/2023
Remarques:

rythme: 68 par minute
P 96 ns PQ 138 ns QRS 70 ns
QT 382 ns QTc 407 ns QTc 105 %

rythme:
arythmie sinusale
évaluation de QRS-T:

vecteurs frontaux: P 0.12 nV 50 degrés
QRS 0.88 nV 48 degrés
T 0.32 nV 50 degrés
axes normaux

ECG normal

TA = 9,5/06

