

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 : 09342

Société : 2-A-M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Khribban Abdessamad

Date de naissance : 14-04-1971

Adresse : L'et massim 210 SARA
n° 13 casablanca

Tél. : 06 19 74 90 10 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Doudou ELASRI
Médecine Générale
N°4 Imm 210 SARA
Hay Nessim-CASABLANCA
Tel: 0661 85 35 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/2023

Nom et prénom du malade : Yelt HAFAR KHABBAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection mycofyt + Cardiopathie +

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Cardiopathie +

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)



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet des signature du Médecin attestant le paiement des Actes
28/09/23	G	+	= 100 DH	Dr. LOUBNA EL ASRI Médecine Générale N°4 Imm 210 SARA Hay Nassim-CASABLANCA Tél. 0661 85 25 55
	ECG		= 100 DH	Dr. LOUBNA EL ASRI Médecine Générale N°4 Imm 210 SARA Hay Nassim-CASABLANCA Tél. 0661 85 25 55

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	

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
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G at the right,				



- 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» - Casablanca

دبلوم جامعي داء السكري و التغذية بكلية الطب بببوردو، فرنسا

دبلوم جامعي أمراض النساء، تتبع الحمل، عقم الزوجين بكلية الطب بببوردو، فرنسا

دبلوم جامعي أمراض التغذية والسمنة بكلية الطب بفاس

الفحص بالصدى / التخطيط الكهربائي للقلب

طبيبة سابقا يقسم المستعجلات

صحة الضمان الاجتماعي - الدار البيضاء

Casablanca, le

28/09/2023

الدار البيضاء، في

Nelle HASSAR KHABBAR

① Colfam 14x2 / J 50mg (AT)
45,50

② Acetilis 1 - 500mg (AT)
37,00

③ Ketoform 5 Sachet / Sac 1 x2
84,20
62,60

④ Tefun 2 Crème 1 Bppl x2 / J (2 Sac)
10,00

① Belmazal
Ngel | T | dump (A)
SV

2250

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

125160

22,50

Voie Orale

20 mg

7

Gélules

®



BELMAZ

Oméprazole



ACÉTHIO® 500 mg / 2 mg

Paracétamol / Thiocolchicoside

20 Comprimés

Voie orale

P.P.V :
LOT :
EXP :

3700



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 en sachet
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

Anti-inflammatoire, Analgésique.

Voie orale

20 Dragées à 50 mg

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

Id: 1111
Nom: KHABBAR
Prénom: HAJAR
Né: / / [H] mmHg
cm kg

Medicam: 28/08/2023
Remarques:

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

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

ECG normal

rythme:
arythmie sinusale
évaluation de QRS-T:

TA = 9,5/06

