

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-651624

Ma 407

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (s)			
Matricule :	1007	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BELAMINE El Habib			
Date de naissance : 01/10/36			
Adresse : Résidence MALAK 1 Bouskoura			
Tél. : 06 68 68 68 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Dr. Abdelaziz BADRI Médecine Générale 129, Rue 25 Hay Mandarouna, Ain Chock, Casablanca Tél. : 05 22 21 33 19			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13 OCT 2023			
Nom et prénom du malade : BELAMINE El Habib Age :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allergie au pollen et aux polliniques			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

13/10/2023

13/10/2023

Dr. Abdelaziz BADR
Médecine Générale
129 Rue 25 Mai Mandarouna
Antananarivo 101-102-103-104

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
13 OCT 2023	G	1	150,00	INP: 091017053 الدكتور عبد العزيز بدر صيغة المرض المرض 129

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/23	150,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

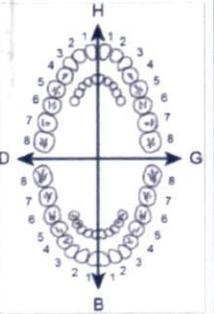
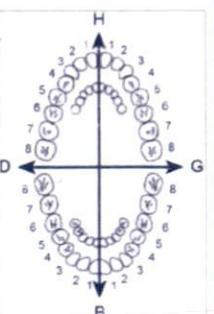
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th></th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553				B
H		G																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
		B																				
																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						
<table border="1"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEBUT D'EXECUTION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIN D'EXECUTION</td> <td></td> </tr> <tr> <td>COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MONTANTS DES SOINS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DU DEVIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DATE DE L'EXECUTION</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DEBUT D'EXECUTION		FIN D'EXECUTION		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION						
COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DEBUT D'EXECUTION																						
FIN D'EXECUTION																						
COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						



الدكتور عبد العزيز بدري

الطب العام

الفحص بالصدري

خبير محلق لدى المحاكم

معتمد من طرف وزارة الصحة لتسليم

الشواهد الطبية لرخصة السياقة

Médicaux du Permis de Conduire

Casablanca, le 13 OCT 2023 الدار البيضاء، في:

PPV: 193DH10

Belamine ELH1813

153,30 x 6

Permix 60

144,2

193,10 + 109,70

CONTIFLO

144 de 500

Ubeprox 500

144,2

28,80

Vitamine fort

144,2

150,00

144,00 contre collage

72,2

39,-

صيدلية الطبيعة الخضراء
PHARMACIE GREEN TOWN
Dr. Mezria AZENNAR
Centre de Santé Casablanca Green Town
Tél: 05 22 21 33 19 - 05 22 21 33 59

Dr. Abdelaziz BADRI
Médecine Générale
129, Rue 25 Hay Mandarouna,
Ain Chock, Casablanca
Tél: 05 22 21 33 19

129, Rue 25 Hay Mandarouna, Ain Chock, Casablanca - 129، زنقة 25 حي منظرونا، عين الصقر، الدار البيضاء -

Tél.: 05 22 21 33 19 - Gsm : 06 62 24 80 95 - Email : abdelaziz.badril@gmail.com

IF : 52809650 - ICE : 001708214000073 - INP : 091017053



HYLO COMOD®

6



يحتفظ به بعد 6 أشهر
من فتح العبوة



هيلو
كومود

10 ml de solution stérile sans phosphore
pour utilisation ophthalmique

1 مل محلول عيني معقم خال من
فوسفات

6



Se conserve
6 mois après ouverture

Collyre hydratant

En cas de sensation
de corps étranger, de brûlure
ou de larmoiement.

Sans agents conservateurs.
Compatible avec des
lentilles de contact.

10 ml ~ 300 gouttes

Un produit de la marque

HYLO EYE CARE

Pour améliorer l'hydratation de la
surface des yeux secs, ayant une
sensation de brûlure, ayant une
sensation de corps étrangers, en pré-
et postopératoire, pour les porteurs de
lentilles de contact.

لتحسين ترطيب سطح العيون الجافة.
عند وجود احساس بالحرقة او وجود
احساس بالاجسام الغريبة فيها، قبل
العمل الجراحي وبعده، لواضعي
العدسات اللاصقة.

CE 0197



STERILE A

قطرات مرطبة للعين

في حالة الإحساس بجسم غريب،
حرقة أو ينتمي العين.

خل من المواد الحافظة.
متواافق مع العدسات اللاصقة.

10 مل ~ 300 قطرة

منتج للعلامة التجارية
هيلو اي كير



Hyaluronate de sodium 1 mg/ml
هيلورونات الصوديوم 1 ملخ / مل

Distributeur :

KIT MED
33, rue Lahcen Al Arjoune
Quartier des Hôpitaux
Casablanca / Maroc



4 031626 710369

31.1836
CEA



2025-11

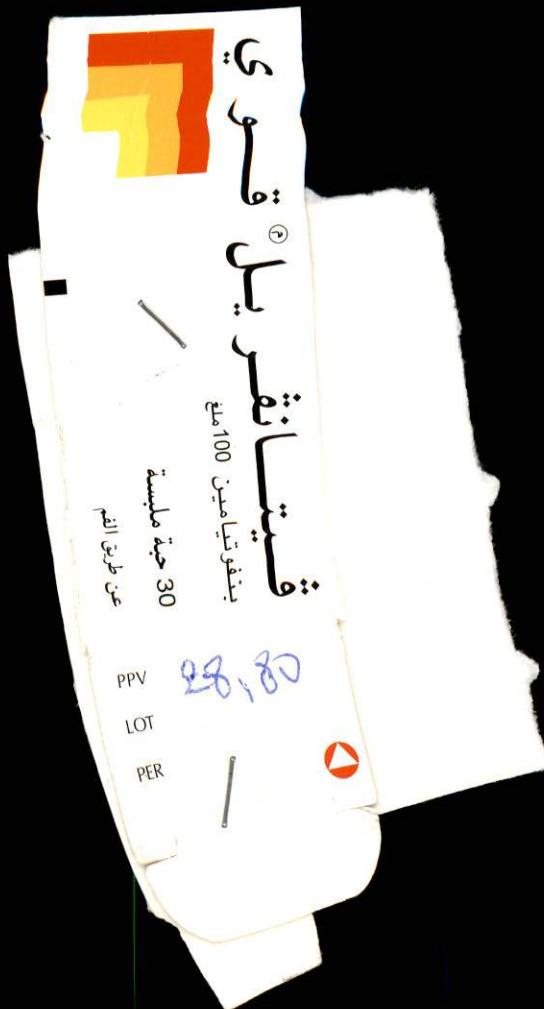
LOT

306495

PPC:

150 DH

3
plm



6 118001 181957



30 GELULES
Permixon 160 mg

Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ
km 10, route Cotteler 111,

maphar

Pierre Fabre



جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

température inférieure à 30°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

153, 30

L 01 09 01
P 01 09 01



6 118001 181957



30 GELULES
Permixon 160 mg

Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ
km 10, route Cotteler 111,

maphar

Pierre Fabre



جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

température inférieure à 30°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

153, 30

L 01 01 01
P 01 01 01



6 118001 181957



30 GELULES
Permixon 160 mg

Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ
km 10, route Cotteler 111,

maphar

Pierre Fabre



جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

température inférieure à 30°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

153, 30

L 01 09 01
P 01 09 01



6 118001 181957



30 GELULES
Permixon 160 mg

Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ
km 10, route Cotteler 111,

maphar

Pierre Fabre



جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

température inférieure à 30°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

153, 30

L 01 09 01
P 01 09 01



6 118001 181957



30 GELULES
Permixon 160 mg

Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ
km 10, route Cotteler 111,

maphar

Pierre Fabre



جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

température inférieure à 30°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

153, 30

L 01 09 01
P 01 09 01



6 118001 181957



30 GELULES
Permixon 160 mg

Casablanca - Maroc
quartier industriel, Zénata, Ain Sébaâ
km 10, route Cotteler 111,

maphar

Pierre Fabre



جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

température inférieure à 30°C.

Ce médicament doit être conservé à une

température inférieure à 30°C.

Lire attentivement la notice avant utilisation.

جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

جبلة 30 جبلة 30 جبلة 30

153, 30

L 01 09 01
P 01 09 01

