

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 058586

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00971 Société : DAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ECHATIBI M'BARKA
 Date de naissance : 01/01/1957
 Adresse : DAR AMNEZ BLOC 9 Imm 16 N° 144
 Mou HAMMOI
 Tél. : 0634674776 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/10/2023
 Nom et prénom du malade : ECHATIBI M'BARKA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée
 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 : 02/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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

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
01/12/23	S	1	3000	
05/12/23	S	2	6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

2/10/23 17270
05/10/23 32190

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

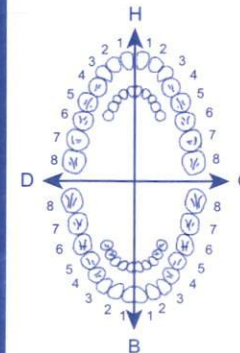
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

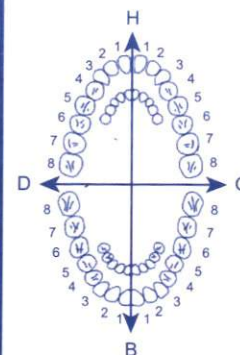
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le, 05/10/2023

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd Oukba Ibnou Nafii H.M. Casablanca
Tél: 05 22 82 42 97

Mme ECHATIBI Mbarka

12230

DICETEL 100

1 comprimé, 2 fois par jour, avant les repas

15860

PROBIOTICSLIDER

1 sachet par jour

4190

TIDAZ 500

1 comprimé, 2 fois par jour après repas

32190

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE ZAKIA
Bloc L. N° 8, Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 6522.80.80

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr. BOUSTANE ZAKIA
Bloc L. N° 8, Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél: 6522.80.80.71

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'Appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd Oukba Ibnou Nafii H.M. Casablanca
Tél: 05 22 82 42 97

12230

LOT: 0230028A
PER: 05/2026
PPV: 41DH00

X001 02/2026
01 PROBIOTICSLIDER 14
Sachets
LOT: X001
PER: 02/2026
PRIX: 158.60

Cabinet d'Hépto-Gastro-Entérologie

DOCTEUR ABDELLAZIZ ZIANE



Casablanca le, 02/10/2023

Mme ECHATIBI Mbarka

LOT: 2478
PER: 02-26
PPV: 144DH50

57, Bd Okba Ibnou Nafiâ,
Hay Mohammadi
Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90
Email : draziane@yahoo.fr

144.50

EUZOL 40MG
1 gélule le matin avant repas



Fibroskopie
Diagnostic
et thérapeutique

28.20

SULPIDAL
1 gélule le soir avant repas



17270

Cathétérisme de la VBP
Sphinctérotomie.
(CPRE)

Dr. Abdellaziz ZIANE
Spécialiste de maladies de l'appareil
Digestif et du Foie et de l'Anus
57, Bd Okba Ibnou Nafiâ H.M. Casablanca
Tél : 05 22 62 90 90

Coloscopie
Polypectomie

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE ZANA
Bloc L - N°8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél : 05 22 60 80 71

Echographie
Abdominale

Proctologie
médicale

SULPIDAL®

50 mg gélules

Sulpiride

PPV

LOT

PER

28,20

1. IDENTIFICATION DU MEDICAMENT

a) DENOMINATION

SULPIDAL® 50 mg, gélule

b) COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Sulpiride
Excipients q.s.p. 1 gélule.

c) FORME PHARMACEUTIQUE

Boîte de 20 gélules.

d) CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE

ANTIPSYCHOTIQUE NEUROLEPTIQUE

BENZAMIDE

(N : Système Nerveux)

2. DANS QUEL(S) CAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament est indiqué dans le traitement de certaines formes d'anxiété chez l'adulte et de l'enfant de plus de 6 ans.

3. ATTENTION !

a) DANS QUEL(S) CAS NE PAS UTILISER CE MEDICAMENT

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- allergie au sulpiride ou à l'un des constituants de la gélule,
 - phéochromocytome (atteinte de la glande médullosurrénale provoquant une hypertension artérielle sévère),
 - en association avec les antiparkinsoniens dopaminergiques.
- Ce médicament NE DOIT GENERALEMENT PAS être utilisé, sauf avis contraire de votre médecin, pendant l'allaitement.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

b) MISES EN GARDE SPECIALES

En cas d'apparition de fièvre inexplicable, de pâleur ou de forte transpiration, il est impératif d'alerter immédiatement un médecin ou un service d'urgence.

Afin de dépister un éventuel trouble cardiaque, votre médecin pourra être amené à vous faire pratiquer un électrocardiogramme.

Chez l'enfant, un suivi médical régulier est indispensable.

La prise de comprimé ou de gélule est contre-indiquée chez l'enfant avant 6 ans car il peut avaler de travers et s'étouffer.

En raison de la présence de lactose, ce médicament ne doit pas être utilisé en cas de galactosémie, de syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou de déficit en lactase (maladies métaboliques rares).

c) PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin que votre médecin puisse adapter la posologie et/ou la surveillance de votre traitement ; Il est nécessaire de le prévenir en cas de :

- maladie cardiaque,
- maladie de Parkinson,
- insuffisance rénale,
- antécédents de convulsions (ancienne ou récente), épilepsie.

La prise de boissons alcoolisées est fortement déconseillée pendant la durée du traitement.

EN CAS DE DOUTE NE PAS HESITER A DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.