

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.

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

M23-0026561

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 8560 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MJATI BOUAZZA
 Date de naissance : 10.03.1952
 Adresse : alfa Ben 109 CRA
 Tél. : 0662556040 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26.10.2023
 Nom et prénom du malade : BOUAZZA MJATI
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Pneumonie compliquée
 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) : Le : 27/10/2023

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
26/10/23	C1			DR. BETTACHE Achraf Médecine Générale Bd Oued Tassout, Rue 80, N36 Oulfa - Casablanca Tel 06 45 55 06 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26-10-23	602,00

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
		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 :

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"> <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																
			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

Dr. BETTACHE ACHRAF

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور بطاش أشرف

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le :

26/10/2023

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N°36
Oulfa - Casablanca
Tél 06 45 55 06 54

o Mr BOUAZZA MJATI:

86100

1). Stouria 30mg (Boute de 07cp)
rep 1j à midi pdt 07 jour

94100

2). Mydoflex 150mg
rep x 2j ^{matin} pdt 15 jour

44120

3). Naprozel
1 app x 2j pdt 10 jour

39190

4). Escorine sachet
1 sachet x 2j

140100

5). Miflarone 400mg

602100

197190

6). Broncostee 12ly
1 inh x 2j

Dr. BETTACHE Achraf
Médecine Générale
Bd Oued Tassaout, Rue 80, N°36
Oulfa - Casablanca
Tél 06 45 55 06 54

Bd Oued Tassaout, Gr «E» Rue 80 N°36, 1er étage, Lot El Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 50 40

MYDOFLEX[®]

Tolpérisone HCl

150 mg

Myorelaxant

30 Comprimés Pelliculés

Voie orale



LABATEC



GTIN: 06118001260850

LOT: 4054

MFG: 10 2022

EXP.: 10 2025

PPV: 94Dhs00

Miflasone[®]

400 microgrammes



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.

6 118001 030262



MIFLASONE[®] 400 µg

Poudre pour
inhalation en gélule


PPV: 140.00 DH

93.182.673-A

Exomuc®

acétylcystéïne 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets



1 1 T 1 3 J 0 2
F E R F E V 2 5
P P V 3 9 0 H 3 0

LOT 231999 5

EXP 12 2025



PPV 86 00

ستوريركسيا[®]

اينوريكو كسيب

90 ملغ

عن طريق الفم
7 أقراص ملبسة

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
بعد	قبل	مساء	منتصف	صباح	ليلة	المدة	
							

سوطيما
SotHEMA

Composition :

Formotérol fumarate : 12 µg par gélule.

Excipients pour une gélule.

Excipient à effet notoire : lactose.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

Lire la notice avant utilisation.

التركيبية:

فومارات فورموتيرول: 12 مكغ في برشامة.

سواغات في كمية كافية لبرشامة.

سواغ ذو تأثير معروف: لاكتوز.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

PPV : 197 DH 90

Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

إحترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

Broncotec® 12 µg

Formotérol Fumarate



Poudre pour inhalation en gélule.

Ne pas avaler la gélule

60 Gélules et 1 inhalateur



TECNIMEDE
GROUP

10% | ©

نابرو جيل

نابرو وكسين

لل كبار و المراهقين
ابتداء من 15 سنة



مبارك

44120