

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

M22- 0024946

184868

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 497 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bennis Bakim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Drabky Mennafathu perphira

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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
23-11-2023		9	5090004	D ^r Tahiri 09/12/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
	Date	Montant de la Facture
REVEAL Cabinet du Pharmacien PHARMACIE CHIFA 11 Ave. Aghanistan Hay Hassani Casablanca Tél.: 0522 90 32 63	23/11/23	223850

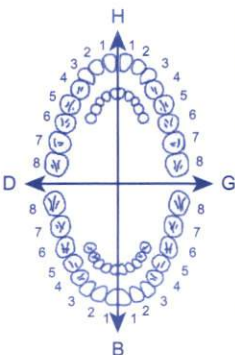
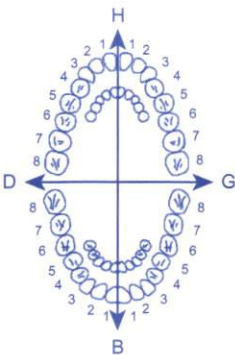
[illegible][illegible]

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fayçal TAHIRI

Diplômé de l'Université de New York
Spécialiste en médecine Interne
Gérontologie
Médecine Préventive

REVEAL SARL
PHARMACIE CHIFA
10 Ave. Afghanistan
Hay Hassani - Casablanca
Tél.: 0522 90 32 63

الدكتور فيصل الطاهري

خريج كلية الطب بنيويورك
أخصائي الأمراض الباطنية
طب الشيخوخة
الطب الوقائي

le 23-11-2023

Brahim Benm's

1/ Alyse 25mg (2 mas) ^{13650 x 2}
2cp le soir

40950

2/ Odu 1mg

1cp le matin

43700 x 2

3/ Janumet 50/1000 (2 mas)

87400

1cp matin et soir

4/ Forxiga 10mg (2 mas)

83800

1cp Jour

63200

5/ Strepan
2cp le soir


D^r Tahiri Fayçal
0912620635

الندلس 3، عمارة ياسمين، 4، الطابق 4، الشقة 16 بوسكورة - الدار البيضاء

Andalous III, Imm jasmine 4, Etage 4, Appart N° 16, Bouskoura-Casablanca Fix : 05 22 592 118 / Tél.: 06 61 256 786 (urgence)

Gmail : drfaycaltahiri@gmail.com - ICE: 002833377000005 - INPE: 091262063


Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH



6 118001 185023



Maphar
Bd Alkimia N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V: 419,00 DH



6 118001 185023



ALYSE® 25 mg

PRÉGABALINE
GÉLULES

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

احترموا الجرعات المحددة

Tableau A (liste I)

جدول أ (لائحة I)



Soyez très prudent

Ne pas conduire sans l'avis
d'un professionnel de santé

6 11



AMM

Lot.:

23 B 8 2 0

Exp.:

02.2026

PPV: 136DH50

ALYSE® 25 mg.

**PRÉGABALINE
GÉLULES**

56 GÉLULES



Voie orale

bottu_{SA}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

 **ABDI IBRAHIM**

Lot.:

23 B 8 2 0

Exp.:

02.2026

PPV: 136DH50

ALYSE[®] 25 mg.

**PRÉGABALINE
GÉLULES**

56 GÉLULES



Voie orale

bottu_{SA}

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebda - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

 **ABDI IBRAHIM**

Lot.:

23 B 8 2 0

Exp.:

02.2026

PPV: 136DH50

Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1
Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerktouni
Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg



Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste 1
يصرف فقط بوصف طبية - قائمة 1
Liste I - Uniquement sur ordonnance

Titulaire de l'AMM au Maroc

Merck Sharp & Dohme
166, 168 Bd Zerktouni
Casablanca- Maroc

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



Janumet® 50 mg/1000 mg



La durée de prescription est limitée à 12 semaines.

Liste I - Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :
Voie orale. Avaler les gélules avec un peu d'eau.
Lire la notice avant utilisation.



Lot : 3729

Mfg: 02 2023

EXP.: 02 2026

BIOCODEX MAROC PPV : 63,20 DH

30 comprimés

odia[®] 1 mg
Glimépiride

LOT 230742 1

EXP 02 2026

PPV 26 90

أوفديا[®]
جليمبيريد



<input type="checkbox"/>	الليلة	
<input type="checkbox"/>	صباح	
<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	
<input type="checkbox"/>	مساء	
<input type="checkbox"/>	ليل	
<input type="checkbox"/>	بعد	

ODIA[®] 1 mg

30 comprimés

AMM N° 239/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022015

سوطيما
Othema

30 comprimés

odia[®] 1 mg
Glimépiride

LOT 230742 1

EXP 02 2026

PPV 26 90

أوفديا[®]
جليمبيريد



<input type="checkbox"/>	الليلة	
<input type="checkbox"/>	صباح	
<input type="checkbox"/>	منتصف النهار	
<input type="checkbox"/>	مساء	
<input type="checkbox"/>	ليل	
<input type="checkbox"/>	بعد	

ODIA[®] 1 mg

30 comprimés

AMM N° 239/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022015

سوطيما
Othema



المصحة الأوروبية للدار البيضاء

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA

Chirurgie cardio-vasculaire / Cardiologie - Neuro-chirurgie - Chirurgie thoracique - Chirurgie orthopédique - ORL
Chirurgie esthétique - Urologie / Gynécologie - Chirurgie digestive et de l'obésité - Endoscopie digestive - Réanimation
24h/24 Urgences - Radiologie : - IRM 1,5T - Scanner 64B/128 - Echographie & doppler

Facture

Group: CEC

Hopital: Clinique Européenne de Casablanca

Tél: 05 22 36 33 33

Patient: BENNIS BRAHIM

Modalite de Paiment: Dossier mutuel

Organisme: MUPRAS

ICE Organisme: 001526005000070

Facture N°: 4519/2023

Facturée le: 2023-11-23

Entrée le: 2023-11-23

Sortie le: 2023-11-23

Prestation	Quantité	Tarif unitaire	Montant total
Consultation De Spécialiste	1	500.00	500.00

Total
500,00 MAD

Arrête la présente facture à la somme de:
Cinq Cents Dirhams Et Zéro Centimes

CLINIQUE EUROPEENNE DE CASABLANCA
FADLOLLAH'S ROUTE DEL JADIDA
CASABLANCA
RC 516579 - TP 36003802 - INPE: 00004680