

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.

M23- 0026762

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **00370**

Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom :

BAHBAH Bouzaiya

189181

Date de naissance :

15/08/1949

Adresse :

Res. Le WIAM 2H 11 EIG 2 APP 6

Télé. :

0561453354

Total des frais engagés : **885 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPE : 091122440

Date de consultation :

01 DEC 2023

Nom et prénom du malade :

D^r BAHBAH Bouzaiya

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Béclite Aghtaf

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

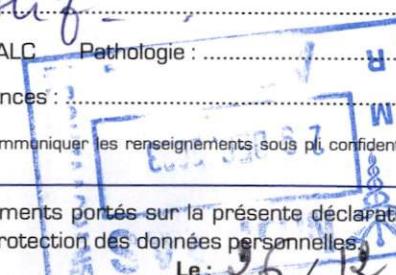
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **20/12/2023**

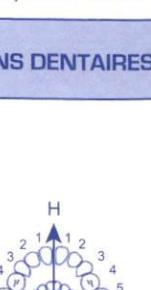
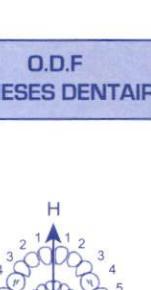
Signature de l'adhérent[e] :



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
01 DEC 2023	1G	01	200,100	INPE 191172400 Dr. SADIK Fouzia Médecin 104, Rue Mimouza Hay Errabha Tel: 0522365001 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1/12/23	685.10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
 SOINS DENTAIRES		Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX												
 O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		MONTANTS DES SOINS													
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H															
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
MONTANTS DES SOINS															
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur SADIK Fouzia

Médecine Générale
Echographie Générale

104, Rue Mimosas (ex Rue des Ecoles)
1^{er} Etage - Beauséjour
Casablanca - Tél. : 05 22.36.58.91

الدكتورة صديق فوزية

الطب العام
الفحص بالصدى

104، زنقة ميموزا (زنقة المدارس سابقا)
الطابق الأول - بروسيجور
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.36.58.91

Casablanca, le :

01 DEC 2023

1112/03 الدار البيضاء ، في :

124691

H^u BAHBAH Bouchaib.

56.60x2

1^o - Stérox (02B) q au coude

45.30

2^o - Venolox (01B)
2 Bouffes 3fis /

86.50

3^o - Cleil forte (04B)
2 Bouffes 2fis

40.00

4^o - Eltifred 20mg (01B)
2 Zep / avs de Flam x 3/20f

195.20

5^o - R pectal -
Zivlox 400mg (01B de 7)

86.40

6^o - Tg Borex collig 3fis 3fis =
Cervaxel 60 - Roufier

79.50

7^o - (Snyg 1A) 1/2 5315
8^o - Oedg 20mg (01B de 28) 1/2 15

99.00

9^o - (01B de 28) 1/2 15

Pharmacie SOPHIA
Mme. Benbrahim P. Stomu
14 Bd. Ibnou Sina - CASA

Dr. SADIK FOUZIA
Médecin
104, Rue Mimouza Hay Erraha
05 22.36.58.91 Casablanca

LOT 211264
EXP 04/2024
PPV 99.00DH



Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x 0

ODES® oméprazole



20 mg
Voie orale


COOPER
PHARMA

gsk

Ventoline

SALBUTAMOL

100
microgrammes/
dose

Suspension pour inhalation
en flacon pressurisé
100 DOSES

HD 2A
10 2024
45,30 DH



ستيلنوكس®
Cartridges Zolpidem 10ملغ

20 قرصاً معلقاً قابلاً للكسر
عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



118000 061465

LOT : 23E001

PER : 04 2027

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

ستيلنوكس®[®]

10 ملخ

تاررات زوليدم ،

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعطاة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (الزوجة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 23E002
PER : 04 2027

Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Qi-Sidi Bernoussi, Casablanca.

Deva

Zivlox 400 mg
7 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410034

ذيفلوكس

موكسيفلوكساسين 400 ملغ

LOT: M0817

PER: 07/2024

PPU: 195,20DH

مختبرات ديفا للصيدلة
ج. وأجدى صيدلي مسؤول
146-148 الشارع السادس - بطنين - الدار البيضاء

مضاد حيوي

عن طريق الفم

أقراص ملمسة 7

ذيفلوكس

7

أقراص ملمسة

موكسيفلوكساسين 400 ملغ
مضاد حيوي
عن طريق الفم

Code: AC2-00191

كمون

محلول للشرب للكبار

محلى
بدون سكر

- يريح الجهاز التنفسي
- يلطف الحلق
- يقوى دفاع الجسم

البروبوليس
&
الزيوت الأساسية
قرنفل، أوكلاليبيتوس، زعتر، نعناع

LOT: 250223CX EXP: 08/2024
PPC: 79.50 DH



CLENIL FORTE®

Béclométasone dipropionate

Aérosol doseur

250 microgrammes / doses

200 doses

 chiesi

88,50

