

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.



Déclaration de Maladie
M23-0015359

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1542 Société : 191389
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Kodri M HAMEID
 Date de naissance : 01/01/1940
 Adresse : Jamaat ouled chariem dans l'arrondissement
 Tél. : 06 70 98 16 53 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 01/01/2024
 Nom et prénom du malade : H. Bouidjel El Kalm Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/01/24	C1		150,00	
02/01/24	C1		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/01/24	356,90

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 <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																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

DOCTEUR ASMAA AZEF

Médecine Générale

Echographie

Electrocardiogramme

Visite Médicale Permis De Conduire

Hijama médicale

Médecine De Travail



الدكتورة أسماء عازف

الطب العام

الفحص بالصدى

تخطيط القلب

الفحص الطبي رخصة السياقة

حجامة طبية

طب الشغل

Casablanca le :

04/01/24

M^{re} Boulidel El Kodiri Akic

1- Fibra x mup

1 cas x 2 j

2- Clayan 500

1 p x 2 j pdt 5 jours

3- Efferes 20

3 p x 2 j pdt 5 jours

4- wery vitc + zinc

1 p x 3 j

5- Stunel

356,90

إقامة دار السلام، طريق مولاي التهامي، مجموعة 9 عمارة 72 الشقة 2 الطابق السفلي الدار البيضاء

Résidence Dar Essalam - Route Moulay Thami - Gh9 Imm. 72 Apt 2 Rdc Casablanca

☎ 05 22 91 56 48

☎ 06 65 17 87 99

EFFIPRED®

(Prednisolone)

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 03/2026
LOT 33054 1

escents à 5 mg

escents à 20 mg

EFFIPRED®

20 Comprimés effervescents 20 mg



6 118000 031369

sulfobenzoate de sodium).....5 mg

.....1 comprimé effervescent

g

sulfobenzoate de sodium).....20 mg

.....1 comprimé effervescent

propriétés antiinflammatoire, antiallergique et immunodépressive.

INDICATIONS

Affections rhumatologiques, respiratoires, ORL, ophtalmologiques, neurologiques, néphrologiques, néoplasiques, infectieuses, hématologiques, endocriniennes, digestives, dermatologiques, et dans les connectivites et collagénoses.

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

- Se conformer strictement à la prescription du médecin.
- Prendre les comprimés dissous dans un verre d'eau au cours des repas, de préférence en une prise le matin.

CONTRE-INDICATIONS

- Tout état infectieux non traité par antibiotiques ou antimycosiques.
- Certaines viroses en évolution (herpès, varicelle, zona, hépatite)
- États psychotiques encore non contrôlés par un traitement.

PRECAUTIONS D'EMPLOI ET MISE EN GARDE

En cas de traitement prolongé :

- Observer un régime pauvre en sucres et enrichi en protéines et en calcium
- Réduire l'apport en sodium en tenant compte de la teneur en sodium du comprimé (43 mg de sodium par comprimé à 20 mg et 28,6 mg de sodium par comprimé à 5 mg).
- Ne jamais arrêter brutalement le traitement mais diminuer progressivement les doses en suivant la prescription de votre médecin.



Solution buvable

FitOrax®



le, flacon 200ml.
le, flacon 200ml.

se d'extraits de Pro
es voies respiratoi
nses naturelles de



1 cuillère à soupe 3 à 4 fois par
- Moins de 4 ans : 1 cuillère à café 3 fois par jour.
- 3 fois par jour.

PRECAUTIONS D'UTILISATION :

- Déconseillé aux personnes allergiques aux produits de la ruche.
- Tenir hors de la portée des enfants.
- Après ouverture, à conserver au frais et à consommer dans un délai d'un mois.
- Le produit peut présenter des sédiments dûs à la nature de ses composants, toutefois sa qualité et son efficacité ne sont pas altérées.
- Fitorax® Solution buvable Adultes est déconseillé chez la femme enceinte.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament

Fabriqué par Pharmalife Research - Italie.
Importé et distribué au Maroc par MEDIPRO Pharma.

Autorisations du Ministère de la Santé n° :

Fitorax® Solution buvable Adultes : 20211405040/MAv2/DMP/CA/18

Fitorax® Solution buvable Enfants : 20211405616 MAv2/CA/DMP/18

Weez[®] C+ZINC

Pour soutenir les défenses
immunitaires du corps

Sans sucre

Boîtes de 10 et 30 comprimés

LOT N° :

UT. AV :

PPC (DH) :

23097

02/25

59,00

C, Sorbitol, Mannitol, Stéarate de magnésium,

n mg / 1 comprimé

AJR*

180 mg

225%

15 mg

150 %

INDICATIONS :

Complément alimentaire à base de vitamine C et Zinc pour soutenir les défenses immunitaires du corps.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Utiliser dans le cadre d'une alimentation équilibrée et variée.

Une consommation excessive peut avoir des effets laxatifs.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

PRÉSENTATIONS :

Boîtes de 10 et 30 comprimés.

POSOLOGIE :

1 comprimé par jour pour adultes.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Comprimé à avaler avec un verre d'eau.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fermer immédiatement après usage.

Conserver dans un endroit frais et sec.

MC Laboratoire pharmaceutique
PHARMA

Lot Bachlou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Maroc
Pharmacien responsable : O. MOTII