

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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-792945

Maladie Dentaire Optique Autres

Casse
19/1/2024

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 1529 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHOUKRI EL HOUSSINE

Date de naissance : 1950 OUDJA

Adresse : Route Maghnia, 32 Rue EL KAFOUR
LOT MOKRI TENNIS OUDJA

Tél. : 0661263090 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin الدكتور الشيباني مصطفى

Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2, Rue Al Qods - OUDJA
Tél: 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 58 59

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2024

Nom et prénom du malade : CHOUKRI ELMOUSSINE Age : 1950

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : BRONCHITE

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.

MUPRAS
19 JAN. 2024
BOUZACHANE

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 : 08/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

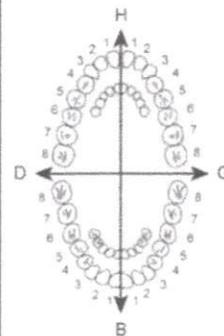
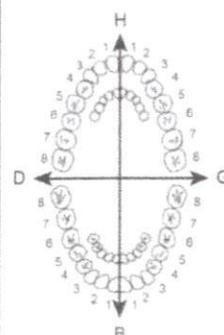
ICE:001634501000078

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
08-01-2023	Actes	1	200 dh	 <p>INP : 081097826</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/10/2023	749,80
		INP 08 20 25 891

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08-01-2023	120	150 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) 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 Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن براهيم)

اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السيل - الحساسية

Oujda, le 08-01-2024. في وحدة،

CHOUKRI EL HOSSINE

338,00

① SERETIDE 500 μ g Diskus

102,10

1uh matin et soir x 1us

99,70

② TABUNEX
1p le soir x 1us

110,00

③ LABIXTENE 20 μ g
1p 6 x 1us

39,00

④ AVAQUIN 500 μ g (b.t.)
1p 6 x 7j

60,00

⑤ Deslor 20 μ g
1p 6 x 7j

10,00

⑥ MAZAX 500 μ g 1p 6 x 7j

749,80

⑦ AURÉOMYCINE pmmale 1% 1app.

06 60 74 58 59 : النقال - 05 36 68 94 30 : الهاتف - وحدة - مستشفى الفارابي) مقابل المستعجلات مستشفى الفارابي) Oujda - Tél. : 05 36 68 94 30 - GSM : 06 60 74 58 59

2, Rue El Qods (en face des Urgences de l'Hôpital Al Farabi) Oujda - Tél. : 05 36 68 94 30 - GSM : 06 60 74 58 59

Pharmacie Le OU EL SIDIRIS
Dr. El BACHIRI
Tél. : 05 36 70 70 40 Oujda

الدكتور مصطفى الشيباني
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2, Rue Al Qods - Oujda
Tél. 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 58 59

SV
SV

N° LOT: 3UW962
Date: 06/2023
Pdl: 09/2026
PPV: 10210 Dhs

0.05%

Tabunex®

Furoate
De Mométasone
Anhydre
Suspension pour
pulvérisation nasale
120 Pulvérisations
Dosées



Lot / VB2A
EXP / 03 2025

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 338,00 DH
ID: 652788
6 118001 141111

00/00

AVAQUIN® 500 mg
Lévofloxacine
comprimés pelliculés sécables
6 118000 121060

LOT: 14523014
PER: 03/2028
PPV: 99,70 DH

6 118000 240044
AUBERGINE 15 (100 mg x 15)
FRAMMENTE 15 (100 mg x 15)
FRAMMENTE 15 (100 mg x 15)

OEDES 20mg
7 gélules
6 118001 100064

LABIXTEN 20mg
30 comprimés
6 118000 230656

LOT: 25043
PER: 07/26
PPV: 100DH00

LOT 211545
EXP 05/2024
PPV 30.00DH

MAZAX[®] 500 mg 3 Comprimés ○



Composition :

Azithromycine dihydrate équivalent à l'azithromycine anhydre..... 500 mg
Excipients q.s.p.....1 comprimé

Lire attentivement la notice avant utilisation

Ne pas laisser ce médicament à la vue et à la portée des enfants

Respecter les doses prescrites

Liste I
Uniquement sur ordonnance

AMM : 468/15 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharmaceutiques Pharmed
21, Quartier Burger - Casablanca

MAZAX[®]
Azithromycine



Antibiotique

3 comprimés pelliculés

500 mg



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutique

LOT : 3132
PER : 03 - 25
P.P.V : 60 DH 00

Voie orale

Docteur Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

**Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie**



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن ابراهيم)

**اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيقّة - السل - الحساسية**

Oujda, le 08-01-2024 في وجدة،

CHOUKRI ELHOSSINE

Facture

ICE : 001634501000078

Consultation	200	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>
Radiographie Pulmonaire	150	Oui	<input checked="" type="checkbox"/>
		Non	<input type="checkbox"/>
Radiographie du Crâne	150	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input checked="" type="checkbox"/>
Teste Cutanés d'Allergies	300	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input checked="" type="checkbox"/>
Exploration Fonctionnelle Respiratoire	300	Oui	<input type="checkbox"/>
		Non	<input checked="" type="checkbox"/>
Total		350 dh.	

الدكتور مصطفى الشيباني

Dr CHIBANI Mostafa

PNEUMOLOGUE

2, Rue El Qods - OUIJDA

Tél. 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 58 59

Docteur Mostafa CHIBANI

(Ben Brahim)

**Spécialiste des Maladies
de l'Appareil Respiratoire
Asthme - Tuberculose - Allergie**



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن ابراهيم)

**اختصاصي
في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السل - الحساسية**

Oujda, le 28-01-2024 في
CHOUKRI EL HOUSSEINE

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE FACE

- Silhouette Cardiaque Normal
- Cul Sac Pleuraux Libres
- Parenchyme Pulmonaire Normale
- Silhouette Mediastinale Normale

C/C : RADIOGRAPHIE PULMONAIRE DE FACE NORMALE

الدكتور الشيباني مصطفى
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2, Rue Al Qods - Oujda
Tél. 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 98 59