

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-792085

pay
Pion

191351

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01650

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELKHIR Karima

Date de naissance : 01/06/58

Adresse : 122 Aissa F A

Tél. : 06 11 69 80 25

Total des frais engagés :

112,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
Diabétologue
219, Rue Dajana Assif B Cité Mohammadia
Marrakech Tél : 05 24 30 66 72

Date de consultation : 22-12-2023

Nom et prénom du malade : BELKHIR Karima

Age : 70

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : grippe

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 : Marrakech

Le : 10/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

Belkhir

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-792085

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01650

Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR

Total des frais engagés : 112,50

Date de dépôt :

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
22.12.2023	C		1700H	INP : 071141378
				ZENITH Afia Médecine générale et otolaryngologie Dr. Céline Mohammadia 030 66 72

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENNOUAI Dr. LEGHZAR Raja 3, lotissement Bennouai, 2, rue 2, Tel. 05 24 50 45 82	28-12-23	263,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VIOLET ADHESIVE

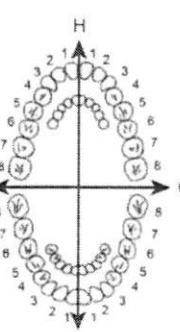
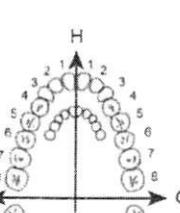
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<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		<input type="text"/>														
		<table border="1" data-bbox="1517 895 1742 1027"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553		<input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
B																		
35533411	11433553																	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>														
				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

Docteur ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)
Cité Mohammadia - Marrakech
Tél. : C / D : 05 24 30 66 72

الدكتورة الزنجاري عفيفة

الطب العام

279، زنقة أبي دجانة
أسيف (ب) الحبي الحمدي مراكش
الهاتف : مكتب/منزل : 05 24 30 66 72

Diabetologue

Marrakech, le : 22-12-2023 مراكش، في

اختصاصية في أمراض السكري

Dr. BELKHIR. Kenza

79.30

1- leflex Rx
10.62 ٧٧١٠٠٠٢



2- Dolostop 1000
47.82 ٧٧٧٣١٠



3- Daklin
22.72 ٧٧٧٣١٠



195.30

4- Vakigrinpp



263.00

PHARMACIE BIWOUNA
Dr. BELKHIR Raja
N° 283 Laissat
Marrakech - Tel. 05 24 30 66 72

Dr. ZENJARI Afifa
Médecine Générale
279, Rue Abi Dajana Assif (B)
Cité Mohammadia - Marrakech - Tel. 05 24 30 66 72



5

comprimés pelliculés
Voie orale

Leflox PHARMA 5®

Lévofloxacine

500 mg

Adultes

68x20x95



5 comprimés pelliculés

Voie orale



Leflox PHARMA 5®

Lévofloxacine

500 mg



Adultes

PHARMA 5

دازين 10000 وع سرابيتاز

4/2018

40 قرصا ملمسا
 مقاوم لحموضة المعدة

عن طريق الفم



مختبرات سنتيمديك
20 - 22 زنقة زبير بن العوام
الصخور السوداء - الدار البيضاء

6 118000181064



DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés entrobés gastro-résistants

Médicament autorisé N° :
45/21/NRQd/DMP/VHA/18

PPV :

Lot N° :

EXP :

Dolostop®

1000 mg

Paracétamol

8 comprimés

Dolostop®
Paracétamol

1000 mg

Voie orale

Douleurs et fièvre

Adulte

8
comprimés
Voie orale

LOT : 3757
PER : 04 - 26
P.P.V : 10 DH 60

5
PHARMAC

SN: 120G40V6TAFAGM



PC/GTIN: 03664798003390

MANUF: 01082023

Lot: X3F573M

EXP: 07-2024

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH



6 118001 082247

virus de la grippe (inactivé, fragmenté) des souches suivantes* :

A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09-souche analogue

A/Darwin/9/2021 (H3N2)-souche analogue

B/Austria/1359417/2021-souche analogue

B/Phuket/3073/2013-souche analogue

15 microgrammes d'hémagglutinine par souche pour une dose de 0,5 mL

* cultivées sur œufs

Chlorure de sodium, phosphate disodique dihydraté, phosphate monopotassique, chlorure de potassium, eau pour préparations injectables.

Lire la notice avant utilisation.

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

À conserver au réfrigérateur (entre 2°C et 8°C). Ne pas congeler.

Conserver la seringue dans l'emballage extérieur à l'abri de la lumière.

Indiqué dans la prévention de la grippe.

 **VaxigripTetra®**

Suspension injectable en seringue préremplie

Suspension for injection in pre-filled syringe

Vaccin grippal quadrivalent (inactivé, à virion fragmenté)

Quadrivalent influenza vaccine (split virion, inactivated)

1 seringue préremplie (0,5 mL) avec aiguille attachée

1 pre-filled syringe (0.5 mL) with attached needle

Voie intramusculaire (IM) ou sous-cutanée (SC)

Intramuscular (IM) or subcutaneous (SC) use

Saison/Season

2023/2024

4

SANOFI PASTEUR 