

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

M23- N° 0033844

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKIREDJ Beila
 Date de naissance : 05/04/1959
 Adresse : Rue de l'Andalousia IN 43 N°1
Casablanca
 Tél. : 0660619331 Total des frais engagés : 1471,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17 / 01 / 2024
 Nom et prénom du malade : _____ Age : _____
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Inflammation chronique
 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

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

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

| | | |
|--|---------|--------|
|  | 12/1/24 | 127,70 |
| | | |

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

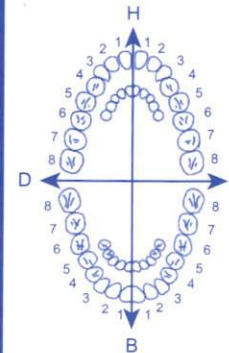
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

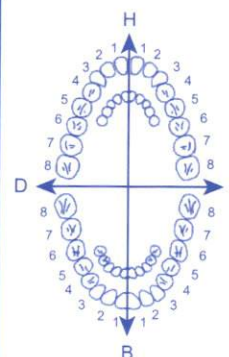
| | | | | | |
|---|-----------------|--|--|-------------------------|--------|
|  | Consultation DS | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | DS |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | 200,00 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | FIN D'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Dr. Hicham SKIRFEDJ
Chirurgien Dentiste Spécialiste
en Parodontologie et Implantologie
11, Rue Lavoisier - Quartier des Minimes
CASABLANCA
Tél. 022.86.18.61 - 022.56.01.42

ORDONNANCE

Casa le 17/01/2024

Mr/Mme SKIREDJ Leila

64! x 2
1) AXIHYCINE 1G

03 CP/JOUR

798 2) ENROLIEX SIROP

03 FOIS/JOUR

820 3) RHEUMIX

03 FOIS/JOUR

140 x 3 4) DOLIZRANE 1000 mg

2 CP/JOUR



Cachet du médecin

Dr. Hicham SKIREDJ
Chirurgien Dentiste Spécialiste
en Parodontologie - Implantologie
11, Rue Lavoisier - Quartier des Hôpitaux
CASABLANCA
Tel: 077-86-18 50 Fax: 077-56-21-42

ENROUEX®

Sirop pour la Toux aux extraits de plantes

Composition

Glycérine, extrait liquide de propolis, extrait liquide de coquelicot, eau purifiée, extrait liquide de tilleul, extrait liquide d'eucalyptus, extrait liquide de radis noir, extrait liquide de mauve, gomme de xanthane, arôme orange, acide citrique, sorbate de potassium, benzoate de sodium, huile essentielle d'eucalyptus, huile essentielle de myrte.



Fabriqué en France par :

PHYTEO Laboratoire

Z.A. LE COMTE 03340

BESSAY SUR ALLIER FRANCE

LOT 124918/FC13

PER 06/2026

PPC 79,50

ENROUEX® 200 ml



6 111255 810659

Complément alimentaire n'est pas un médicament

14 قرصا



ד.ש.

امو کیسیلیں

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 33049 1
EXP 05/2025



AXIMYCINE® 19 14 comprimés dispersibles

[illegible]

no



أصالة له كريمة
التي جعلت من



Dissoudre le comprimé
dans 1/2 verre d'eau
avant ingestion

متحلا
14 قرصا



13

أكسيميسين
أموكسيسيلين

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 330491
EXP 05/2025



AXIMYCINE® 19
14 comprimés dispersibles

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'ORIENTAL (P.O.) - 21, rue des Oudaya - CASABLANCA - MAROC
Lopophon (الاسفون)

TEINER HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS

A CONSERVER A UNE TEMPERATURE NE DEPASSANT PAS 25°C DANS L'EMBALLAGE EXTERIEUR A L'ABRI DE L'HUMIDITE

تحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية في العبوة الخارجية في الظل بعيدا عن الرطوبة

أضلل للقرص
في الماء
في كوب من الماء
في كوب من الماء

أو

®

روميكس

مسحوق عن طريق الفم

النزلة

الزكام

الحمى

التهاب الأنفي

الدوخة العصبية

ارتفاع الحرارة



شمالينيك

10 أكياس

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau
bien mélanger et boire immédiatement.

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



18000 191032

LOT: L2981

F: 10/23 P: 10/26

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables

COMPRIMÉ

ADULTE

PPV: 14DH00

PER: 02/25

LOT: L444

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables

COMPRIMÉ

ADULTE

PPV: 14DH00

PER: 02/25

LOT: L444

Doliprane®

1000 mg

PARACÉTAMOL



b bottu s.a.
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebila - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmaciens Responsables

COMPRIMÉ

ADULTE

PPV: 14DH00

PER: 02/25

LOT: L444