

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.

Diologie 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.

Educution :

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.

Prothésaire :

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

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° P19-0004422

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HANNOUR ZAKARIA Date de naissance : 26/02/1967
Adresse : Villa 286, Lot Florida, Casablanca
Tél. : 0522 78 66 85 Total des frais engagés : 30000,247,60 + 52784

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/19
Nom et prénom du malade : Mme Hammoudane Asma Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gastrique d'H.P.
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 : Casablanca Le : 11/08/19
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

12 NOV. 2019
Allal Ben Abdellah / Kam

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
11/08/19	CS + adonance		300 DH	Dr Asmae EL KHADIR Spécialiste En Hépatogastroentérologie Et Proctologie 26, du Four - 75006 Paris Tél. 01 46 33 20 81 - Fax 01 44 41 14 20 752032789 / agrt. orth Siret : 425 256 258 00016

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CITYPHARMA 26, du Four - 75006 Paris Tél. 01 46 33 20 81 - Fax 01 44 41 14 20 752032789 / agrt. orth Siret : 425 256 258 00016	16/08/2019	52,78€
	17.08.19	242,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Lotissement Sidi M... Tél-Fax : 0...			

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PYLERA®
140 mg/125 mg/125 mg,
gélule

Sous-citrate de bismuth potassique,
métronidazole, chlorhydrate
de tétracycline



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز أمراض و جراحة المخرج، مستشفى سان جوزيف، باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي و الصدي
■ أمراض و جراحة المخرج
التصليح و الحمية

Casablanca le :

14/08/2019

me Hammouchane Asmaa

1) Pylera

52786

4 cp x 3/j pd 20j

Dr Asmaa EL KHADIR
Spécialiste En Hépatogastroentérologie
Et Proctologie
22 Boulevard El Mansour, Espace El Mansour,
Bordj - Algérie - Casablanca
Tél: 05 22 23 35 82

CITYPHARMA

26, du Four - 75006 Paris
Tél. 01 46 33 20 81 - Fax 01 44 41 14 20
752032789 / agrt. orth
Siret : 425 256 258 000 16

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - CASABLANCA

Tél: 0522 23 35 82 / GSM: 0667 95 72 24 - Email: docteur.elkhadir@gmail.com

Email: dr.elkhadir@centrepsectologie.com - siteweb: www.centrepsectologie.com

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور، مكتب رقم 6، معاريف - الدار البيضاء

الهاتف: 0522233582 / المحمول: 0667957224 - البريد الإلكتروني: docteur.elkhadir@gmail.com

CITYPHARMA

Selas Pharmacie du Four Bonaparte

26 rue du Four 75006

Le : 16/08/2019

Tél 01.46.33.20.81

Ve.: 202

Idn : 75 2 03 2789

Malade : HAMMOUCHANE 17/01/68

PYLERAI40MG/125/125MG 51.76* 1= 51.76 P 3697

Honoraire Niv7 Petit 1.02* 1= 1.02

Client = 52.78 (346.21 Francs) Total

52.78

Part

=

0.00

CITYPHARMA

26, du Four - 75006 Paris

Tél. 01 46 33 20 81 - Fax 01 44 41 14 20

752032789 / agrt. orth

Siret : 425 256 256 00016

Dr Asmae EL KHADIR

Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Ancienne Proctologue à l'hôpital Saint Joseph - Paris, France
Ancienne Interne des hôpitaux de Lille, France
Echographie et Endoscopie digestives
D.U " Proctologie Médicale et Chirurgicale "
D.U " Maladies Inflammatoires chroniques de l'intestin "
D.U " Diététique médicale et Nutrition "
D.U " Réanimation Hépatique "



الدكتورة أسماء الخضير

أخصائية أمراض الكبد و الجهاز الهضمي
طبيبة سابقا بمركز أمراض و جراحة المخرج، مستشفى سان جوزيف، باريس - فرنسا
طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي، ليل - فرنسا
التشخيص بالمنظار الداخلي و الصدى
أمراض و جراحة المخرج
التغذية و الحمية

Casablanca le :

11/08/15

Mme Hammouchare Asmae

134.2

1) Libatex

1 sachet/j pd 06 sem

2) Pylera

1 cp a 3/j pd 10j

92.60

3) Incaxium

1 cp a 2/j pd 10j

21.5

4) Libatex

247.0 1/2 - 1/2 - 1 cp

22, Bd Yacoub El Mansour, Résidence Espace El Mansour, Bureau N°6, Maarif - CASABLANCA

Tél: 0522 23 35 82 / GSM: 0667 95 72 24 - Email: docteur.elkhadir@gmail.com

Email: dr.elkhadir@centrepsectologie.com - siteweb: www.centrepsectologie.com

22, شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور، مكتب رقم 6، معاريف - الدار البيضاء

الهاتف: 0522233582 / المحمول: 0667957224 - البريد الإلكتروني: docteur.elkhadir@gmail.com

CIBALAX

WESALE PHARMA
Microbetic Solution

FOS - *Bifidobacterium lactis*

12 sticks de 5g

PPC : 134 DH 00

Certificat N°: DA20181802166DMP/20UCA/v1

À consommer de préférence avant / 01 2021
SC18001



Nexium® 20mg
ésoméprazole

إينكسيوم 20مغ
إزوميرازول

Meda

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al souam roches
noires casablanca

INEXIUM

20 mg

Boîte 14

Cpr GR

84015DMP/21NRQ P.P.V: 92,60 DH

6 118001 020591

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14
قرص صامد
لمموضة المعدة
عن طريق الفم

COMPOSITION :

Clidinium bromure (DCI) 2,5 mg
Chlordiazépoxide 5 mg
Excipients q.s.p 1 comprimé dragéfié
Excipients à effet notoire :
Lactose et saccharose.
Avant toute utilisation, lire attentivement
la notice intérieure.

Librax® 5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéfiés



6 118000 280019

LOT:19096 PER:07/2022
PPV: 21,00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**
par les laboratoires **Steripharma**
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable