

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° P19- 059982

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 138110
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL SAFI Tounie
Date de naissance : 23-10-1955
Adresse : 235 BO YACUB EL MAHMOUD
Tél. : 0661321731 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/11/2022
Nom et prénom du malade : EL SAFI Tounie Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

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
15/10/22	C	1	100 000	

Signature du Médecin
et le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/8/22	157.20

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

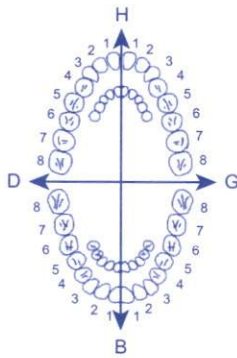
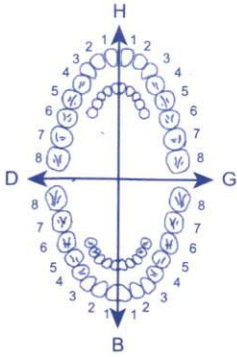
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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								
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX							
				MONTANTS DES SOINS							
				DEBUT D'EXECUTION							
				FIN D'EXECUTION							
	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX							
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>				H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553		D		B
	H 25533412 21433552 00000000 00000000		G 00000000 00000000 35533411 11433553								
	D		B								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS							
				DATE DU DEVIS							
				DATE DE L'EXECUTION							

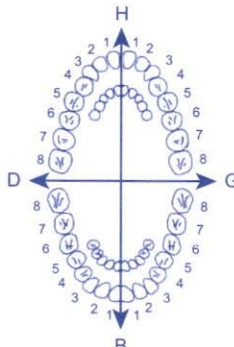
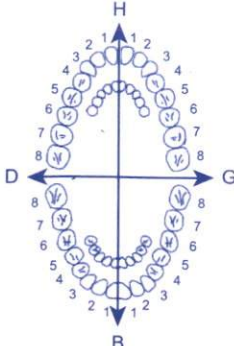
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CœFFICIENT MASTICATOIRE					
	H D 25533412 00000000 00000000 35533411 B H G 21433552 00000000 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS			
				DATE DU DEVIS			
				DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur AZIZ Zineb

MEDECINE GENERALE

**Ex. Interne des Hôpitaux
de France**

Attaaoune Rue 88 N° 1
Hay Hassani Casablanca
Tél.: 05 22 90 86 90

Casablanca, le : 15/8/22 : الدار البيضاء، في :

الدكتورة عزيز زينب

الطب العام

**داخلية سابقا بمستشفيات
فرنسا**

التعاون الزنقة 88 رقم 1
حي الحسني الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 90 86 90

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
13 Rue Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

د. عزيز زينب
Docteur AZIZ Zineb
MEDECINE GENERALE
Ex. Interne des Hôpitaux de France
Tél.: 05 22 90 86 90

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

CS0488-03

Zenith pharma

مصنع وموزع من طرف : زينيث فارما
96, المنطقة الصناعية, تاسيلا إنزكان أكادير - المغرب
د. محمد البوحادي, صيدلي مسؤول

Fabriqué et distribué par Zenith Pharma
96, Zone Industrielle Tassila, Inezgane, Agadir - Maroc
Dr M. EL BOUHADI, Pharmacien Responsable

AMM N° : 349/17DMP/21/NNP

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice



كن حذرا
لا تترك القيادة
قبل قراءة النشرة

ADMA
12/17

Ne pas dépasser la dose prescrite

لا تتجاوز الجرعة المحددة

مجمول 1 (الكلمة 0 / 0) / 0 / 0

بيزوكارد®

فيومارات البيسوبرولول

عن طريق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810



5
مغ

30

قرصا مغلفا
قابلا للتكسير

39190
06166

LOT 211477
EXP 04/2024
PPV 74.10DH

Comprimé

	☐	☐	☐	☐
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

OEDES[®]
oméprazole

40 mg
Voie orale

OEDES
oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

40 mg
Voie orale

COOPER
PHARMA

LOT 200156
EXP 01/2023
PPV 83.20DH

عن طريق الفم
500 ملغ



سبيكتروم[®]
سيفلوكساسين

10 x

أقراص ملبسة


COOPER
PHARMA


SPECTRUM + GROSSESSE = DANGER
سبيكتروم + الحمل = خطر
Il est préférable d'éviter d'utiliser
SPECTRUM pendant la grossesse
يفضل تجنب سبيكتروم أثناء الحمل

مساء ☐ زوال ☐ صباح ☐ مادة ☐ 

Spectrum
ciprofloxacin



500 mg
Voie orale

Comprimés pelliculés

10 x