

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 canalaire, 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 canalaire.

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° M20- 0008137

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560 Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Mjati BOUAZZA 107270

Date de naissance : 10.03.1952

Adresse : Oulfa Rue 109cl/1

Tél. : 0662.11640 Total des frais engagés : 3556.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : facture de la radio de Qchp

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 : CASA Le : 09/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	08/10/2022	3556,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

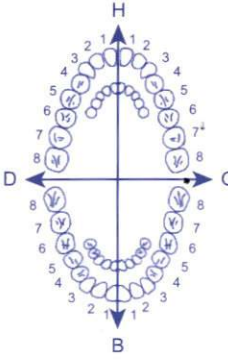
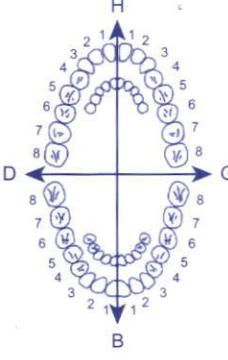
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

28/02/2022



2200467706 / H0122005407

Prénom : FAOUZIA

Nom : MJATI

DDN : 10/01/1957 E: 25/02/2022

Service : HOSPI 5 (NA)



PAYANT

Sexe : F

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Interne BOUTALEB ANAS
090061862

Pharmacie TAM
Dr. Mohamed Jaafar
302, Boulevard Sghou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 99 18 99

132,0 x 23

1/ Noven 0,4 U2

141,20 x 3

2/ Zinat 500 mg

2prn 1jour pendant 15 jours

22,20 x 2

3/ Codo lipone

2prn par jour pendant 15 jours

52,80

4/ Oeder 20 mg

T: 3556,80

20 man avec 15 jours



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00

132,00

132,00

132,00



2000 UI anti-Xa/0
4000 UI anti-Xa/0
6000 UI anti-Xa/0
8000 UI anti-Xa/0
10000 UI anti-Xa/0

d'utiliser ce médicament.

demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
ne donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pour

anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti

NT D'UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI

000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000

, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000

UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI

nes dites de «bas poids moléculaire». Il prévient la formation d'une thrombose (

solutions injectables en seringue préremplie :

n risque de phlébite (caillot dans une veine).

es circuits de dialyse (en cas d'insuffisance rénale).

10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie,

mbolie pulmonaire,

favorisant la dissolution des caillots sanguins).

ANT D'UTILISER NOVEX® 2000 UI anti-Xa/0,2 ml, 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie dans les cas suivants :

ses dérivés incluant les autres héparines de bas poids moléculaires ;

des plaquettes due à l'héparine (les plaquettes sont des éléments du sang, importés

concomitant par l'aspirine (aux doses utilisées pour la douleur et la fièvre), par

Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml, solutions injectables en seringue préremplie

dérivés incluant les autres héparines de bas poids moléculaires ;

des plaquettes due à l'héparine (les plaquettes sont des éléments du sang importés

);
ée lors d'un traitement curatif.

(aux doses utilisées pour la douleur et la fièvre), par les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) non hémostatiques ;

anti-Xa/0,4 ml, 6000 UI anti-Xa/0,6 ml, 8000 UI anti-Xa/0,8 ml et 10 000 UI anti-Xa/1 ml

passer la dose et la durée de traitement que votre médecin vous a indiquées (voir l'annexe 1).

régulier du nombre de vos plaquettes (en général deux fois par semaine).

héparine une baisse importante du nombre de plaquettes. Ceci impose un arrêt de l'administration de l'héparine.

l'injection doivent être très précisément respectées.

anti-Xa/0,2 ml et 4000 UI anti-Xa/0,4 ml, solutions injectables en seringue préremplie ;

ments thrombo-emboliques n'est pas recommandée chez les patients, notamment

tés pour une affection aiguë (spécifique à NOVEX® 4000 UI anti-Xa/0,4 ml) :
gigue aiguë, le traitement n'est justifié que si un des critères suivants est présent :
uffisance respiratoire chronique.

ent se produire. En cas de saignements, l'origine de cette hémorragie devra être déterminée et un risque de saignement :

PPV:22DH20
PER:12/23
LOT:K3485

LOT 210604
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

PPV:22DH20
PER:12/23
LOT:K3485

SECCABLES

PARACETAMOL

non
uel
tif

ndant,

IMPRIMEPEL 11/20

Zinnat

céfuroxime axetil

comprimés 500 mg

10 comprimés



GlaxoSmithKline

ID: 647762

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 141,20 DH



6

118001 141456

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE

Zinnat

céfuroxime axetil

comprimés 500 mg

10 comprimés



GlaxoSmithKline

ID: 647762

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 141,20 DH



6

118001 141456

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE

Zinnat

céfuroxime axetil

comprimés 500 mg

10 comprimés



GlaxoSmithKline

ID: 647762

GlaxoSmithKline Maroc

Aïn El Aouda

Région de Rabat

PPV: 141,20 DH



6

118001 141456

NE PAS ACCEPTER SI LA BOÎTE N'EST PAS SCÉLÉE



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le : 28/02/2022

MYATI FANZUE

Revenu Colonne fonctionnelle
de la hanche gauche

- ↳ Renforcement musculaire
- ↳ Assouplissement
- ↳ Appui entouré avec
diambulateur





وصفة طبية

Ordonn

Casablanca, le :



2200467706 / H0122005407

Prénom : FAOUZIA

Nom : MJATI

DDN : 10/01/1957 E: 25/02/2022

Service : HOSPI 5 (NA)

Hôpital Universitaire International
Médecin Interne BOUTALEB ANAS



090061862



PAYANT
Sexe: F

- Changement de Pansement
1x/2
- Ablation des fils et fiole
- ARU d'un N° ju
Vendredi 2 ph



Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Médecin Interne BOUTALEB ANAS



090061862

Le: 24/02/2022

ADHERENT: MJATI BOUAZZA

MATRICULE: 8560

CONJOINTE: MJATI FAOUZIA

CAUSE D'ACCIDENT: CHUTE DES ESCALIERS

JE DESCENDAIS LES ESCALIERS DANS MON
APPARTEMENT SUITE À UN GLISSEMENT
DANS LES DERNIERES MARCHE J'AI TOMBÉE
SUR MON CÔTÉ GAUCHE CE QUI M'A CAUSÉE
UNE FRACTURE PERTROCHANTER
BASICERVICALE DU FÉMUR GAUCHE.

