

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

- 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

N° M21- 0014407

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4819 Société : NAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENJELLOUN DAHMANA Samir
 Date de naissance : 01-04-1954
 Adresse : Paris
 Tél. : 0678025601 Total des frais engagés : 67,10\$

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/01/2022
 Nom et prénom du malade : BENJELLOUN Samir Age: 67
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HYPERTENSION
 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 : Paris le : 15/12/2022
 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
15/12/22	C	C	300,00	دكتور التريكي عبد اللطيف اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار 1.3. زخلة الأشعري رقم 6. الطابق 2. أكادال-الرياض أمام فندق وريد - الهاتف: 05 37 77 40 50

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

15-12-22 1.67.10

Rue Patrice Lumumba - 35
Tél.: 0537 76 83 11-0537 76 42 57

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

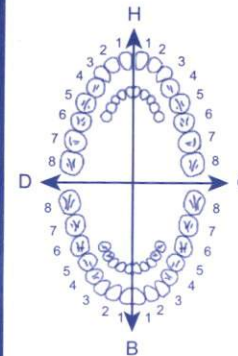
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

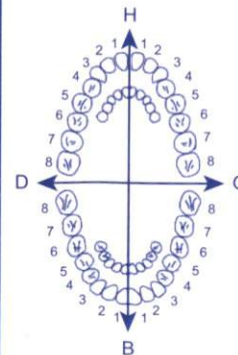
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- **Chirurgie orthopédique et traumatologique**
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat
Ancien attaché au Centre hospitalier Ibn Sina
Ancien Chef de service des hôpitaux de Beni mellal et Oujda
- **Chirurgie Arthroscopique**
Diplômé de la faculté de médecine de Rennes
Membre de la société francophone d'arthroscopie

- **اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل**
خريج كلية الطب بالرباط
ملحق سابق بمستشفى ابن سينا
رئيس مصلحة سابق بمستشفى بني ملال و وجدة
- **اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار**
خريج كلية ران
عضو الجمعية الفرانكفونية

Rabat le :

15/12/2022

BENJELLOUN - SAAD

138.30

- AUGMENTIN 500 1 x 5 - 10 J

40.90

- ZINASKIN 1 comp 1 x 5 - 10 J

19.70

- APAZIDE 200mg - 16 x 4 x 5 → 7 J

14.60

- HEMOFAST 1 sup x 15 - 7 J

49.90

- KALMAGAS - 1 comp x 5 - 5 J

15.30 x 2 = 30.60

- VITAMINE C 1000 2 x 5 - 5 J

44.20

- DIFAL 50 1 comp 3 x 5 → 5 J

99.00

- LIXIFOR 16cl x 5 → 5 J

1 = 467.10

دكتور التريكي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار
13. زنفة الأشعري رقم 6. الطابق 2. أكادال-الرباط
أمام فندق وريدة - الهاتف : 05 37 77 40 50

PHARMACIE DE LA MARNE
42, Rue Faidite Lumumba
RABAT
Tél : 0537 76 83 11-0537 76 42 51

APAZIDE®

Nifuroxazide

Diarrhées infectieuses

Voie orale

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas, Ain Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

b

200

Adultes



16 gélules

PPV: 19DH70

PER: 09/25

LOT: L2902



30 comprimés

Voie orale

DIFAL[®]

diclofénac sodique

50 mg

**ANTALGIQUE
ANTI-INFLAMMATOIRE**

 **GALENICA**

COMPOSITION :

AMM N° : 296/17DMP/21/NRQ

Diclofénac sodique 50 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé

Excipient à effet notoire : lactose.

Boîte de 30 comprimés enrobés gastro-résistants.

Cette boîte contient 1,5 g de diclofénac sodique.

Dr. Maria MAFTOUH-Pharmacien Responsable



مختبرات غالينكا - م. من أولاد صالح - المار البيضاء - المغرب

Laboratoires GALENICA - Z.I. Ouled Saleh - Casablanca - Maroc

DIFAL[®]

Diclofénac sodique 50 mg

Boîte de 30 comprimés



P.P.V. : 44,20 DH



6 118000 190349

اسكین جاسک 20



جسک 45

(سولفات الزینک)

زیناسکین®

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90

EXP 12/2024

LOT 18066 80

20 comprimés effervescents

KALMAGAS[®]

Charbon végétal et huiles essentielles de Menthe et de Fenouil

**Favorise l'élimination
des gaz intestinaux**

30 comprimés
Voie orale

Pharmalife
RESEARCH

LOT : 220354
PER : 05/2027
PPC : 79,90DH

KALMAGAS[®]



32 Comprimés = 16 Prises

500mg/62,50mg
Comprimé

ADULTE

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 650244
PER: 05/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance

FORTÉ PHARMA
LABORATOIRES

LIXIFOR



> ACTIFS 100%
D'ORIGINE
NATURELLE

**1 SEULE GÉLULE
PAR JOUR**



15 gélules - Sans gluten

Complément alimentaire



Lot/À consommer
de préférence

RFF 317MA

X1016 0623

LOT

PER

Prix

99.00



3 700221 339503

Hemnofast®

6 Suppositoires

Voie rectale



14,50