

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.



Déclaration de Maladie

M23-0016412

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

197763

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN SARI Abdelhakim

Date de naissance : 22/03/50

Adresse : Bd Abdelhadi Bontakeb me 7 n° 6 Lot Nassim

Tél : 066 363 64 65

Total des frais engagés : 350,90011 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUTAIB BENSARI Latifa
Rhumatologue-Ostéopathe
283, Bd. Med Zerkouni - Casablanca
Tél : 0522 39 99 57
INPE : 091164491

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09 / 01 / 2024

Nom et prénom du malade : H^e BOUTAIB Latifa

Age : 70 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleur arthralgie aiguë

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 : Casablanca

Le : 6 / 03 / 24

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
09/01/2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANASSER Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél.: 022-34-54-39 INPE: 092023027	09/01/2024	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

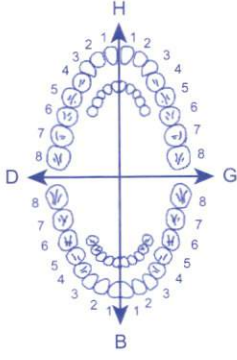
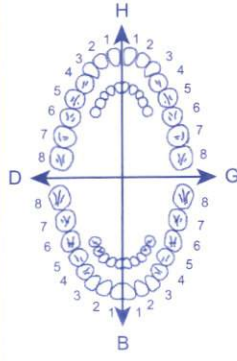
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		B																						
	(Création, remont, adjonction)			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Latifa BOUTAIB BEN SARI
RHUMATOLOGUE

Spécialiste des Maladies des OS
et des Articulations
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Médecin Expert Assermenté près
les Tribunaux de Casablanca



الركنورة لطيفة بوطيب بن ساري

إختصاصية في أمراض العظام
و المفاصل (الروماتيزم)
خريجة كلية الطب بمرسيليا
(بفرنسا)
خبيرة محلفة لدى المحاكم

Casablanca, le 09/05/2024, في الدار البيضاء،

ORDONNANCE

Madame BOUTAIB Latifa

Deprediel 80



30
x2

1 IN



51, w celtra IN

1 IN 1; x 6



Pharmacie EL ANABEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddou
Tél.: 022-38-54-32

29,30 clopame IN

x2

1 IN 1;



52,40 Acufen IN

x2

1 IN 1;



34,60

x2

la bix 40

1 IN 1; 6

Dr. BOUTAIB Latifa
Rhumatologue-Ostéopathe
283, Bd. Med Zerkouni - Casablanca
Tél.: 0522 39 99 57

05.22.39.99

Pharmacie EL ANABEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddou

283, Bd Mohamed Zerkouni (Boulevard Ziraoui) - Casablanca - Tél.: 05.22.39.99.57

I.C.E.: 001813785000001 - INPE : 091164491

LOT: 22E016
PER: 09 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



LOT: 22E016
PER: 09 2026

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



PPV 40DH30



DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

suspension injectable

acétate de méthyprednisolone

PPV 40DH30

Pfizer

Pfizer

DEPO-MEDROL®

80 mg/2 ml

suspension injectable

acétate de méthylprednisolone

ACUPAN®

Néfopam

5 ampoules injectables

Mode et voie d'administration

Voie parentérale : IV, IM.

RESPECTER LES DOSES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.
M.A. n°3400932421756

BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 52,40DH



NIVEAU 2

Soyez très

Ne pas conduire
d'un professionnel

ACUPAN®

Néfopam

5 ampoules injectables

Mode et voie d'administration

Voie parentérale : IV, IM.



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

M.A. n°3400932421756

BIOCODEX MAROC
P.P.V.: 52,40DH



CLOPRA

PPV 22DH30

EXP 08/2022
LOT 94065 6

Métoclo



Adultes et enf
SOLUTION IN

POSOLOGIE :
NE

الاف - يقسا - 21، زنقة الأدوية - الدار البيضاء - المغرب
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

CLOPPRA

Métoclopramide

EXP 12/2022
LOT 99010 4

PPV 22DH30

Adultes et enfants de
10 ans et plus

10 ans
10 ans

POSOLOGIE : Se conformer
NE PAS LAISSER



LOT 702320

UT AV 04 2024

PPV 51.00 DM

کولظراکس

تیو کولشکزید

Dépo-Médrol®

80 mg/2 ml

Médicament autorisé n°

322 964.8



**Respecter les doses
prescrites**

Uniquement sur ordonnance
Liste I

17
18
19
20
21
22
23

pfizer