

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° W19-530025

ND 41075



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 87251579

Matricule : 87251579 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Bencha ALLAL Ben Abdellah

Autre :

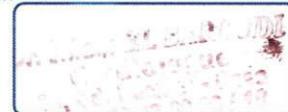
Date de naissance : 25.01.55

Adresse :

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 1155 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16.7.2020

Nom et prénom du malade : Bencha Allal Ben Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

grossesse et faiblesse post opératoire BPCO

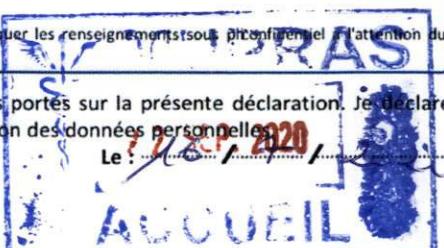
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

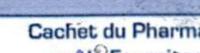
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

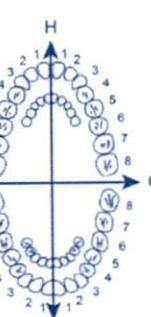
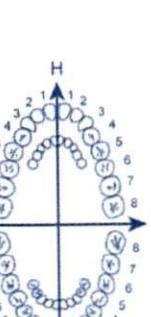


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
16/7/2023		✓ 2	6	INP : 1091048355

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/2020	1155,80

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE														
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>										
				FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>										
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>	
						H	G							
						25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553							
						D	B							
						MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>								
DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Ilham EL BAROUDI

CARDIOLOGUE



الدكتورة إلهام البارودي

- Spécialiste des maladies du cœur & des vaisseaux
- Diplômée de la faculté de médecine de Paris
- Ancien praticien des Hôpitaux de Paris
- Diplômée d'échocardiographie
- Diplômée de cardiologie congénitale et pédiatrique
- Membre de la Société Française de Cardiologie & de la Filiale Echo-doppler
- Membre de la Société Européenne de Cardiologie
- Membre de la Société Francophone de Médecine Psychosomatique

▪ اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

▪ خريجة كلية الطب بباريز

▪ طبيبة ممارسة سابقاً بمستشفيات باريز

▪ دبلوم الفحص بالصدري والدولي

▪ عضو الجمعية الفرنسية لطب القلب و إيكو-دوبلير

LOT : 01 KARDEGIC 75MG
PEN : 06/2021 SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
Barcode
6 118000 061847

Casablanca le 16/7/2020

Bon da Allam Tawal

$$110,80 \times 4 = 442,00$$

Tavashat 1450/-

$$120,30 + 61,80 \text{ (1 ch)} + 61,80 = 244,30$$

Aerius

$$180,00 \times 3 = 540,00$$

Eluxer

208,00

Tavonik

145/-

Eluxer

30,70

S.V

$$46,90 \times 2,5 = 117,25$$

125,180/-

1 cure forte

1 AP/min

le zin d
mid



Cabinet de consultation et d'explorations cardiaques

38, Boulevard Rachidi ---- Casablanca ----

Tél.: 05 22 47.60.00 /10 . Fax : 05 22 47.60.10 . E-mail : ilham_elbaroudi@yahoo.fr



30 Comprimés entropége
à libération prolongée

TRIVASTAL® 50 mg LP

Medicament autorisé n° 272 DMP/21/NCI

Site de production
Zone industrielle
Aéropole Nouasseur

SERVIE MAROC



110,01

LISTE II (TABLEAU C) : UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE
جبل العروج - 21 - 30 : (C جبل) II جبل

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جبل العروج - 21 - 30

LP® 50 جبل العروج

جبل العروج - 21 - 30



30 Comprimés entropége
à libération prolongée

TRIVASTAL® 50 mg LP

Medicament autorisé n° 272 DMP/21/NCI

Aéropole Nouasseur

Zone industrielle

Site de production

SERVIEER MAROC



LISTE II (TABLEAU C) : UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE
جبل العروج - 21 - 21 - 21 - (C II) II 21

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جبل العروج - 21 - 21 - 21

LP® 50 جبل العروج

جبل العروج - 21 - 21 - 21 - 30



30 Comprimés entropége
à libération prolongée

TRIVASTAL® 50 mg LP

Medicament autorisé n° 272 DMP/21/NCI

Aéropole Nouasser

Zone industrielle

Site de production

SERVIEER MAROC



LISTE II (TABLEAU C) : UNIFORMEMENT SUR ORDONNANCE
جبل العروج - 21 - 21 - 21 - (C جبل) II جبل

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

جبل العروج - 21 - 21 - 21



LP® 50 جبل العروج

جبل العروج - 21 - 21 - 21 - 30

Composition :

Principe actif :

Cholécalciférol 100 000 UI

Excipients.....qsp.....1ml

Indications, posologie, mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

نوعي الاستعمال، الجرعات و تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.

A conserver :

- Dans son emballage d'origine à l'abri de la lumière et à une température ne dépassant pas 30°C.

- Hors de la portée des enfants.

- يحفظ في علبة الأصلية بعيدا عن الضوء وفي درجة حرارة لا تتجاوز 30° درجة.

- يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

3 أمبولات للشرب

د-كيه® قوي

كوليكسيفيرول 100 000 وحدة دولية

فيتامين D3



Solution huileuse buvable

محلول زيتى للشرب

SMB

Fabriqué par :

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.

0 Remboursable



3

2

1

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الرجاء التقيد بجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
دواء يصرف بناء على وصفة طبية - فائمة ا



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Tavanic 500mg cp pel b7
P.P.V : 205,00 DH



Médicament autorisé / Authorized medicine n°41382.01.00
دواء مرخص رقم

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
D-65926 Frankfurt am main,
Allemagne/Germany

Fabricant / Manufacturer / المصنع:
Sanofi Winthrop Industrie
56, route de Choisy au Bac
60205 Compiègne - France

Lot/Batch : 9724C
Fab./Mfg. : 11/2019
EXP. : 10/2022

Fluoxet[®]

Fluoxétine

20 mg

30 Gélules
Voie orale



<input type="checkbox"/>				
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
4/2				



180,00

LOT 200091
EXP 01 2023
PPV 180.00

سوطاما
Sotema

Fluoxet®

Fluoxétine

20 mg

30 Gélules
Voie orale



<input type="checkbox"/>				
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
4/2				



180,00

LOT 200091
EXP 01 2023
PPV 180.00

سوطاما
Sotema

Fluoxet[®]

Fluoxétine

20 mg

30 Gélules
Voie orale



<input type="checkbox"/>				
DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR	AVANT APRÈS
4/2				



180,00

LOT 200091
EXP 01 2023
PPV 180.00

سوطاما
Sotema

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

15 comprimés
pelliculés



أيريُس®
5 ملخ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

15 أقراص
ملمسة

LOT : 075-2
PER : JUN 2021
PPV : 61 DH 80

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

15 comprimés
pelliculés



أيريُس®
5 ملخ

أقراص ملمسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

15 أقراص
ملمسة

LOT : 075-2
PER : JUN 2021
PPV : 61 DH 80

AERIUS® 5 mg

comprimés pelliculés

desloratadine
voie orale

30 comprimés
pelliculés



أيريُس®
5 ملّغ

أقراص ملبوسة

ديسلوراتادين
عن طريق الفم

30 أقراص
ملبوسة

LOT : 078
PER : OCT 2021
PPV : 120 DH 70