

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° P19-0020229

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5258 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUTAYER ZAHIA Date de naissance : 05/05/58
Adresse :
Tél. : 0666404359 Total des frais engagés : 882,30 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/08/2020
Nom et prénom du malade : BOUTAYER ZAHIA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Allergie
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 : 14/08/2020
Signature de l'adhérent(e) :

2

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
19/8/2020	Vh		230,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/7/20	182,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

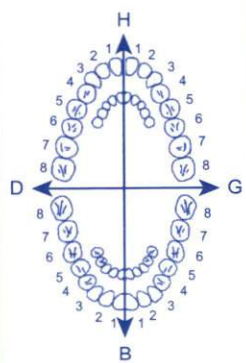
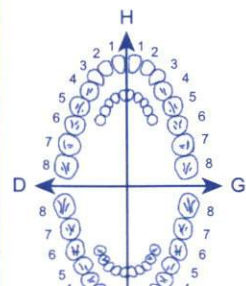
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

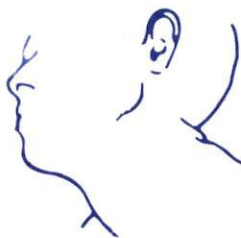
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 <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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> B 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>

VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



عمل سابقا بمستشفيات سطر اسبورغ

علاج الدوخة الصمم والشخير.

Casablanca, le .

14/08/2020

Аме ВейтАуЕВ, 2АтИ'А

8370 1) RONAC 2mo 15
1 - pelb di ur
3000 2) Augi spr 1000 15
1880 3a 1 selon 15
31 Do 15
1 - ceus d'ur
5280 4) 20 15
1 - au 15

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. COHEN
16, Rue de l'Atlas - Casablanca
Tél. 05 21 98 47 73

Docteur I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ GORGE OREILLE
24, Rue AL ALOUSI - Casablanca

LA MOSQUEE

Doc. I. COHEN
SPECIALISTE
NEZ GORGE OREILLE
24, Rue ALAOUSSI - Casablanca

PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr NABIL
Docteur en Pharmacie
Boulevard de l'Atlas - Maârif Casablanca

ROMAC[®] 300 mg
roxithromycine

Boite de 7 Comprimés
pelliculés

Voie Orale

ROMAC[®] 300 mg ○

7 Comprimés pelliculés



83,70

LOT 190679
EXP 01/2022
PPV 52.80DH

OEDDES®
oméprazole



Microgranules gastro-résistants en gélules

14 x 6

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

Veillez lire attentivement cette notice car elle
 Le médicament est disponible sans ordonnance et
 sans l'aide d'un médecin. Néanmoins, vous devez
 avec précaution afin d'en obtenir le meilleur ré
 de la lire à nouveau. Si vous avez besoin de p
 pharmacien. Si les symptômes s'aggravent

La substance active est : paracétamol 1000 mg pou
 sont : acide citrique anhydre, mannitol, sac
 K90, bicarbonate de sodium, carbonate de sodium an
 Teneur en sodium : 408 mg par comprimé.

QU'EST-CE QUE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

Ce médicament contient du paracétamol.
 Il est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que
 règles douloureuses.

Il peut également être prescrit par votre médecin dans le
Cette présentation est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans).
 lire attentivement la rubrique "Posologie".

Pour les enfants de moins de 15 ans, il existe d'autre
 votre médecin ou à votre pharmacien.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Contre-indications

Ne pas prendre DOLIPRANE 1000 mg, comprimé effervescent
 - allergie connue au paracétamol,
 - maladie grave du foie,
 - enfants de moins de 15 ans.

PRENDRE DES PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE 1000 mg, COMPRIMÉ EFFERVESCENT

Précautions particulières

- Si la douleur persiste plus de 5 jours ou la fièvre pers
 de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans
 - En cas de régime sans sel ou pauvre en sel, la teneur en
 sodium : 408 mg par comprimé.
 - En cas de maladie grave du foie ou des reins, il est conseillé
 paracétamol.

Mises en garde

En cas de surdosage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez immédiatement votre médecin.

Ce médicament contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée (cf. chapitre "Posologie").

Grossesse et allaitement

Le paracétamol, dans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la grossesse ainsi qu'en cas d'allaitement.

Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.





HUMEX

HUMEX MAL DE GORGE
LIDOCAINE/BENZALKONIUM
 0,30 g/0,03 g pour 100 mL,
 collutoire, flacon pressurisé

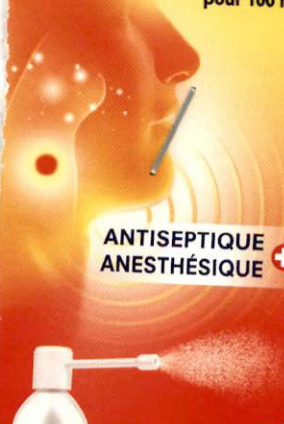
Veillez lire attentivement cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
 Ce médicament est à utiliser en suivant scrupuleusement les informations fournies dans cette notice ou par votre médecin




HUMEX

MAL DE GORGE

LIDOCAÏNE 0,30 g
BENZALKONIUM 0,03 g
 pour 100 ml



ANTISEPTIQUE
ANESTHÉSIQUE 



SANS
SUCRE

CITRON
Collutoire 35 ml
 MÉDICAMENT - pas avant 6 ANS

Lot N°

Ut.av.fin

● 83753

01-2023 ●

Distributeur au Maroc:
 Laboratoires STERIPHARMA
 Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
 CASABLANCA-MAROC
 PPV : 30,00 DHS