

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.

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.

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.

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- 045144

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : 46511

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Hamman Yelloulia

Date de naissance :

Adresse : 76 Rue Alhamidi Naang exteur

Tél. : 0661422412 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 03 NOV 2020

Nom et prénom du malade : BEN HAMMAN YELLOULIA Age :

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

Nature de la maladie : Rhinopathie

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.

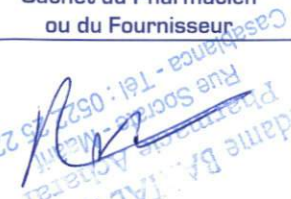
Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/11/2020	G	-	150,81	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/11/20	511,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

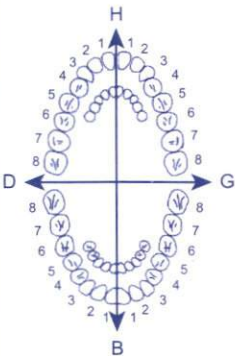
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Bouchra SEKKAT

Médecine Générale

Diplômée en Echographie
& Infection Sexuellement Transmissible - SIDA
Diplômée en Colposcopie & Gynécologie médicale
Ancien Médecin au sein des Forces Armées Royales

د. بشرى السقاط

الطب العام

اختصاصية في الفحص بالصدى (التفزة)
والأمراض التناسلية - السيدا
اختصاصية في التنظير المهبلي وأمراض النساء
طبيبة سابقة بالقوات المسلحة الملكية

Casablanca, le : 03/11/2020

BENHAMOU YELLOULIA

167, ~

(1)

SAPHIR 1g

1 sachet x 2j x 00j

63, 20x2

(2)

Zyrtec

1 cp le doi x 2 mois

20, ~

(3)

Panadol extra

1 cp x 3j x 00j

59, ~ x 2

(4)

oedj 20

1 fel le meti x 2 mois

511, ~

Madame BATHAL
Rue Socrate - Médit
Casablanca - Tél : 0522 26 22 09

Dr. B. SEKKAT
Médicine Générale
Imm. A 24 Gh. 13 Appt. 7 Casa



63,20

زيرتيك 10 ملغ[®]
سيتيريزين ديكلورهيدرات



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec[®] 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158



63,20

زيرتيك 10 ملغ[®]
سيتيريزين ديكلورهيدرات



15 قرصا ملبسة قابلة للكسر

Zyrtec[®] 10mg

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec[®] 10mg



15 comprimés pelliculés sécables



6 118000 020158

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV'99.00.DH

OEDES[®]
oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

OEDES[®]
oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

LOT 191337
EXP 04/2022
PPV'99.00.DH

OEDES[®]
oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x



DURÉE



MATIN



MIDI



SOIR



COOPER
PHARMA

OEDES[®]
oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastrorésistants en gélules

28 x

Comprimés
pelliculés
sécables
20

Extra

Panadol

Panadol Extra 500 mg/65 mg 

20 comprimés pelliculés sécables



6 118000 161318

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

Ce médicament contient du paracétamol et de la caféine. Il est indiqué dans le traitement symptomatique de la fièvre et des douleurs.

CONTRE-INDICATIONS & MISES EN GARDE SPÉCIALES

Contient du paracétamol, ne pas associer à d'autres médicaments contenant du paracétamol.

Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 12 ans.

LIRE ATTENTIVEMENT LA NOTICE AVANT UTILISATION.

En cas de surdosage, consulter la notice.

Numéro de l'Autorisation de Mise sur le Marché : 530/14 DMP/21/NCV

COMPOSITION

Panadol Extra comprimé pelliculé sécable contient :

500 mg de paracétamol
et 65 mg de caféine.
Excipients QSP un comprimé.

NE PAS LAISSER À LA PORTÉE DES ENFANTS.

Médicament non soumis à prescription médicale.
A conserver à une température ne dépassant pas 25°C.
Panadol est une marque appartenant ou concédée au groupe GSK.

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda - Région de Rabat
Informations médicales :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44, Angle Bd Rachidi et rue
Abou Hamed ALGhazali - Casablanca 20000

VOIE ORALE

			
MATIN	MIDI	SOIR	DURÉE

LOT : 0286
PER : FEV 2022
PPV : 20 DH 00



Qualité
Garantie
Panadol

® Marque déposée de Pfizer Inc. Sous licence de Pliva

Fabriqué par Pfizer Tunisie : Fondouk Choucha 2013 Ben Arous - Tunisie
 Titulaire de l'AMM : Pfizer Tunisie - Immeuble Royal Garden,
 Avenue Erriel, Cité les Pins, Les Berges du Lac 2 Tunis - 1053 - Tunisie
 avec l'autorisation de Pfizer Inc. - New York - USA



Respecter les doses prescrites

liste 1 uniquement sur ordonnance

ZITHROMAX 500 MG
Boîte de 03 comprimés

Lot :1281533

Date Fab: 10 / 2019 Date Exp:09 / 2021

PPV : 79,70 DH



ZITHROMAX®
 azithromycine 500 mg

Suivez les conseils de votre médecin ou de votre pharmacien

Poudre pour suspension buvable en sachet



24 x

Voie orale

19
mg

Amoxicilline
/Acide clavulanique

SAPHIR®

٩

سفير

أموكسيسيلين
/ حامض كلافيلاستيك

125/
1 غ

عن طريق الفم

مسحوق لأجل محلول للشرب

24 x



لل كبار

4 مدة ٤ صباح ٤ زوال ٤ مساء



COOPER
PHARMA

PPV: 167DH00
PER: 01-23
LOT: J180

اتبع نصائح الطبيب أو الصيدلي