

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-581697

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1531 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELIDARY MOSTAFA
 Date de naissance : 10 08 1953
 Adresse : 5 Rue ABDELHAK AL KADMIRI CARR
 Tél. : 0661321258 Total des frais engagés : 667,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 9/11/2020
 Nom et prénom du malade : ELIDARY MOSTAFA
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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) : Le : 15 DEC. 2020

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
09.11.2020	Consultation		300,00	INP : 101107968

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Complexe Sportif Dr. Kadir Massani Fatima 63, Rue Mamoun Mohamed Casablanca - Tél.: 05 22 36 05 02	9/11/2020	362,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

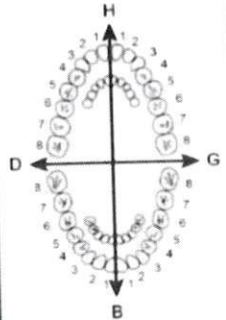
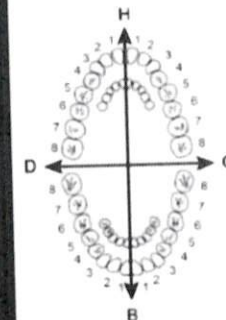
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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. Abdelhamid NAITLHO
 Professeur Titulaire de Médecine Interne
 Ex-Médecin Colonel

- Spécialiste du Val de Grâce à Paris
- Diplômé de médecine Tropicale (Université Paris V)
- Diplômé de Sidénologie (SIDA) Université de Nice SOPHIA ANTIPOLIS
- Diplômé de l'Institut Supérieur de Communication et de Management Médical (Paris X)
- Médecin Agrée Auprès des Nations Unies
- FMC en Cancérologie (Villejuif-IGR)
- Appliqué en Médecine Navale (TOULON NAVAL)

Casablanca, le : 29/11/2020

LIGARY MOSTAFI

80,00
 74,80
 (1) MYCOFLU 500 mg

64,50
 (2) 1 gel x 15j
 Bain de bouche
 1 kin

53,00
 (3) 3-4 fois par jour
 Dakfarin Gel Sucré

95,00
 (4) 2-3 fois
 Extra-Body
 1 gel x

367,30

Praticité du Complexe Sportif
 63, Rue Mamoun Mohamed
 Casablanca - Tél: 05 22 36 05 07

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
 Professeur NAITLHO Abdelhamid
 Chef de Pôle Check Up • Médecine Interne
 06 57 908 387

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 110019 / 2020 du 09/11/2020

Nom patient	LIDARY MOSTAFA	Entrée	09/11/2020
	PAYANTS	Sortie	09/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de médecine interne	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
CHECK-UP

Extramag[®]

TRIPLE ACTION

COOPER PHARMA
PPC : 95,00DH

**1 PRISE
/JOUR**

Soit 100 % des AJR*

- **MAGNÉSIUM MARIN**

¹Participe à la résistance au **STRESS**

- **VITAMINE B6 & MAGNÉSIUM**

²Contribuent à réduire la **FATIGUE**

- **VERVEINE**

³Aide à l'endormissement en cas
de **TROUBLES DU SOMMEIL**



 **COOPER**
PHARMA

30 Comprimés tri-couches

Complément alimentaire. Poids net : 31.5 g

ميكوفلو 50 مغ

فلوكونازول

7 برشامات



معهد الصيدلة

فلوكونازول

7 برشامات



معهد الصيدلة

M

MYCOFLU® 50 mg

Fluconazole

7 gélules



LOT: 012
PER: JAN 2022
PPV: 80 DH 00

Pharmaceutical Institute
R.S. 203 OUM AZZA Région Rabat
LOT : 013
PER : MAR 2023
PPV : 74 DH 80



معهد الصيدلة
PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491 - 12100 Ain El Aouda - Maroc
Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
AMM N° 56/13 DMP/21/NRQ

معهد الصيدلة
PHARMACEUTICAL INSTITUTE
BP 4491 - 12100 Ain El Aouda - Maroc
Maria SEDRATI
Pharmacien Responsable

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
AMM N° 56/13 DMP/21/NRQ



250 ml
Mouthwash
Bain de bouche

Mint flavour
Goût menthe

0% Alcohol
0% Alcool

INTENSIVE CARE
SOIN INTENSIF



0.12%
Chlorhexidine Dg
Fluoride

Gums
Gencives

Gingival

KIN

KIN

Gingival

Encías Gen
Gums Genc

SOKAPHARM

P.P.C

64.50

64,50

®

2% gel buccal

Appliquer sur la zone à traiter avec un
doigt propre : ne pas administrer
directement dans la bouche avec le
dispositif de mesure

Voie buccale Pour application locale



Tube de 40 g avec
dispositif de mesure

Janssen

001

Respecter les doses prescrites

Liste I - Uniquement sur ordonnance

Daktarin®

miconazole

2% gel buccal

millilitre (mL)

fois/jour pendant

jours

Daktarin®

Maphar

Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca

Daktarin gel buccal t40g

P.P.V : 53,00 DH



6 118001 180745

