

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° M21- 0039392

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8214 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AMOR CHALI
 Date de naissance : 20/11/1970
 Adresse : G. IMPASSE ROUZOU PATA CASABLANCA
 Tél : 0661.31.83.71 Total des frais engagés : 726 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/11/2022
 Nom et prénom du malade : AMOR CHALI Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Infection broncho-pulmonaire
 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 : 9/11/22
 Signature de l'adhérent(e) :

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
09/11/2022			250 000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL... Thani... Tél : 05 2 283 75 30 - Fax : 05 22 83 81 11 GSM : 06 61 19 85 54 - Casablanca Parente : 09 20 03 599	09/11/2022	476,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

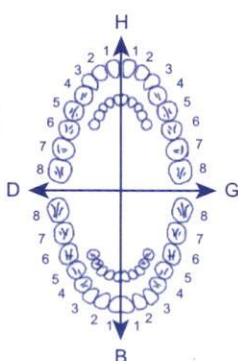
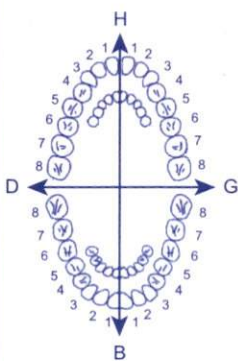
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 colspan="2">D — 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

Docteur Loubna KABBAJ

Médecine générale

Femmes - Hommes - Enfants

- Ancien médecin Urgentiste Polyclinique CNSS derb Ghellef, Casablanca
- Diplôme Universitaire de Diabétologie Faculté de Médecine de MONTPELLIER
- Diplôme Inter-universitaire Hypertension Artérielle Faculté de Médecine de STRASBOURG
- Echographie générale
- Electrocardiogramme

الدكتورة لبنى قباچ

الطب العام

نساء - رجال - أطفال

- طببة مستعجلات بمصلحة درب غلف المتعددة التخصصات للضمان الإجتماعي سابقا
- دبلوم جامعي في مرض السكري كلية الطب مونتبولي
- دبلوم بين جامعي في مرض ارتفاع ضغط الدم كلية الطب ستراسبورغ
- الفحص بالصدى
- التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le : 09/11/2022 في الدار البيضاء

MR AMOR GHALI

• Azix 500 mg - comprimé
1 comprimé par jour puis 1/2 comprimé pendant 4 jours

• Doliprane vitamine c 500 mg - comprimé effervescent
1 Comprimé, matin, soir pendant 6 Jours

• Vitamine d3 b.o.n. 200 000 ui/ ml - solution injectable im et buvable
1 ampoule

• Saflu 250 µg - suspension pour inhalation
1 bouffes matin 1 bouffes soir pendant 10 jours

• Zinaskin 45 mg - comprimé effervescent
1 Comprimé matin pendant 8 jours

• cardioflex 100 mg
1 Comprimé, midi, pendant 10 jours

• Eraxin 500 mg - comprimé
1 comprimé midi pendant 7 jours

PHARMACIE AL AMNE
Thami MUSNAOUI
1, Rue Polio, Quartier Polio - Polo
Tel : 0522 83 61 36
Fax : 0522 83 61 36
Gsm : 06 61 19 86 54 - Casablanca
Port : 06 63 74 94 5 - RG : 298138

Dr Loubna KABBAJ
Médecine générale
Abdelmoumen center, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, Etg 1 bureau 109
Tel : 0522 86 14 93
E-mail: kabbaj@hotmail.fr



BATCH MAN 1121
HP420 EXP 1025

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses
تتبع اشداء الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 11800 11272228

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision
MA holl



PPV 160H30
PER 06/25
LOT L28046-1

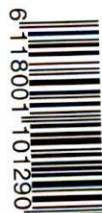
SAFLU®

Propionate de fluticasone / salmè

LOT: GB20166
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Bien agiter avant chaque utilisation

لا ينبغي ولا ينبغي في الماء
Ne pas percer, ni jeter au feu même vide.
Ne pas exposer à une chaleur excessive.
RÉCIPENT SOUS PRESSION :



SAFLU 250 microgrammes
Suspension pour inhalation
en lacon pressurisé
120 doses

06/21
IMPRIMEPEL

ZINASKIN® 45 mg

EXP 12/2024
PPV 40DH90
LOT 18066 84

20 comprimés effervescent



Eraxin® 500 mg
levofloxacine
7 Comprimés pelliculés

6 118000 181040

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

PPV
LOT **P.P.V: 111.00**
PER :