

COMMANDATIONS 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.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0039134

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MOUSTAOU MOULOUD
 Date de naissance :
 Adresse : G.S.M. 0667 132430
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/8 Nov 2022
 Nom et prénom du malade : Noureddine Moustacai Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 28/11/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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

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
28 NOV 2022	G			Dr Yassin SAYEDH DENTISTE UROLOGUE Tél : 091241984 Tél : 0521210006

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACE ABUBAK 16-18 Rue 3 Aïn El Jouda UnCheck-Casa-022-50.75.19	28/11/22	426,00

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
		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 :

Veuillez 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																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Yassin SAYERF

Chirurgien Urologue

- Andrologue -

Fixe : 05 21 21 00 06

05 23 31 79 63



الدكتور ياسن الطايغ

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي، البرستات،

المسالك البولية والأعضاء التناسلية

عضو في الجمعية الأمريكية لجراحة المسالك البولية

Membre de L'American Urological Association

Urgences : 06 64 21 43 99

Ordonnance

28 NOV 2022

Mohammedia, le :

PHARMACIE ADDIAK
16-18 Rue Bir Anzaran
UnChack - Casa-071-50.75.19

1^{er} Novostan Novostan

4/2 **2** **SV**

29/30 **2** **SV**

31/30 **2** **SV**

3/3 **3** **SV**

426,00 **2** **SV**

PHARMACIE ADDIAK
16-18 Rue Bir Anzaran
UnChack - Casa-071-50.75.19

Dr Yassin Sayerf
Chirurgien Urologue
Andrologue
05 21 21 00 06
05 23 31 79 63

12, Rue Bir Anzaran Residence Faycal (Derrière Carrefour KASBAH) 1er Etage Mohammedia

12, شارع بنز انزان إقاعة فيصل (وراء كارفور القصبة) الطابق الأول المحمدية

Terazosine
NORMON 5 mg
30 comprimés



6 118000 230489

LOT: 12822009
PER: 01/2025
PPV: 79.50 DH

tenir hors de la portée et
pas de précautions
sous ordonnance
lire attentivement
ah

TERAZOSINE

LOT: 12822004
PER: 01/2025
PPV: 79.50 DH

Boîte

des
cons

ilise

Terazosine
NORMON 5 mg
30 comprimés



6 118000 230489

LOT 212958
EXP 11 2025
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMF21NTT
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022244

PPV: 84DH80
PER: 07/25
LOT: L2333

PREZAR[®] 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

PPV: 84DH80
PER: 11/24
LOT: K3275

PREZAR[®] 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

LOT 212263
EXP 09 2025
PPV 31.30

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMF21NTT
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022244

PPV: 84DH80
PER: 01/25
LOT: L136

PREZAR[®] 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 041627

97445X30