

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057957

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6475 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ZAD Jamila
 Date de naissance : 25-12-60
 Adresse : 67 Rue AB. ALD ZAHAR Ap 9 d 2 CASAB
 Tél. : 06 64 09 7623 Total des frais engagés : 724,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/12/2022
 Nom et prénom du malade : ZAD Jamila Age : 62 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite aiguë
 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 : 06/11/2022 Le : 12/2/23
 Signature de l'adhérent(e) :

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
31/12/22	C3	1	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية الكليات</p> <p>PHARMACIE DES FACULTES</p> <p>CHIZENE LAHBABI</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>94, Boulevard Mly Dries 1^{er} - Casablanca</p> <p>Tél. : 0522 86 23 01 - Fax : 0522 86 02 25</p>	31/12/22	224,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/12/22	Regline	2000

AUXILIAIRES MEDICAUX

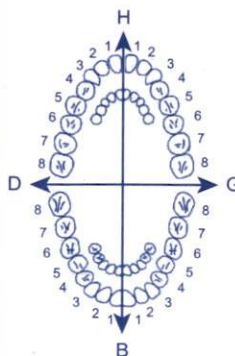
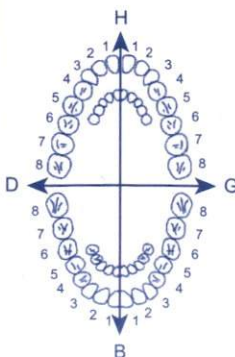
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 <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																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

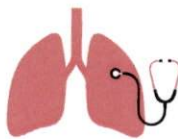
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص

المعمف بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

31 Décembre 2022

Casablanca, le _____ في الدار البيضاء، في

Radio du thorax face

Nom : ZADI

Prénom : JAMILA

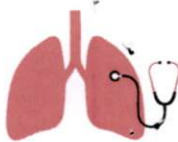
Qualité du cliché : bonne

Interprétation : normale

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Pulmonologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Centre 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

استاد التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعتمد بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

31 Décembre 2022
Casablanca, le _____ الدار البيضاء، في

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Madame ZADI JAMILA

concernant l'examen radio thorax face

la somme de 200 dhs

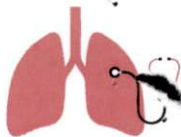
Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue / Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (0919) 609 99 00 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang

الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعتمد بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم



Casablanca, le 31.12.2022

الدار البيضاء، في

87,00 Mme ZADI JAMILA

1 - BIOVANIC 500

48,70 1 par jour, pendant 7 jours.

2 - SOLUPRED 20 mg cp efferv : FI/20

69,00 Prendre 2 comprimés le matin, pendant 5 jours.

3 - DOCIVOX SIROP

20,00 1 le matin et à midi, pendant 6 jours.

4 - DOLIGRIPPE 500 MG SACHET

1 le matin, à midi et le soir, pendant 3 jours.

224,70

صيدلية الكليات
PHARMACIE DES FACULTES

CHIRÈNE LAHBABI

Docteur en Pharmacie

94, Boulevard Miv Orie - Casablanca
Tel.: 0522 86 23 01 - Fax: 0522 86 02 25

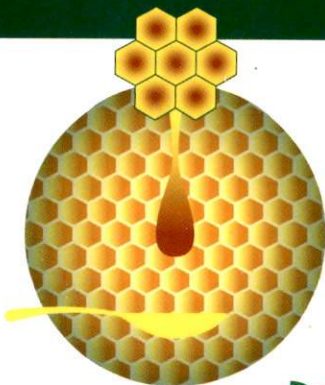
Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Physiologue Allergologue
16, Bd Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Centre 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

PPV:20DH00
PER:12/25
LOT:L3972

(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel - menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



LOT: 220439
DLUO: 06/2025
69,00 DH

200 ml

Deva

مضاد حيوي

ليفوفلو كساسين



Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (liste I)
(اللائحة I) جدول A - فقط بموجب وصفة طبية

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

Solupred® 20mg
Prednisolone

Voie orale

20 comprimés effervescents

OPEN



LOT: M0806
PER: 06/2024
PPV: 69,00DH

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 118000 410058

مختبرات ديفا للصيدلة

ج. واجدي صيدلي مسؤول

146-147 الشقة 146-147 شارع بشار بن مالك