

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Béni Mellal - 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

A 3244

Déclaration de Maladie : N° S19-0053166

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8747 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAAFAZ SARAH Date de naissance :

Adresse : No 4 Avenue 4 Al Qods 3 LISSASFA CASA

Tél. : 0661456897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور سعيد الخروشي
طبيب مختص، مدير لدى المعاشر
طريق مولاي التهامي 60
(قرب مستشفى الحسني)
مارولا، الحسيمة - الدار البيضاء
الهاتف: 022 90 70 08

Date de consultation : 01 FEV 2023

Nom et prénom du malade : JAAFAZ SARAH Age:

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 : CPSA Le : 11.03.23

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
01 FEV 2023	C		250.00	Dr. M. J. [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAUSANNE Visiteur n° 207 Maison N° 207 Tel. 02 90 70 88 Dr S BENHAIM	01/02/2023	383.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

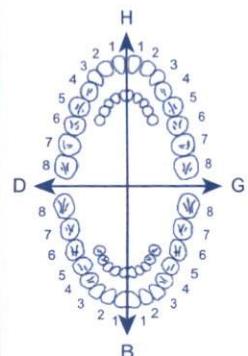
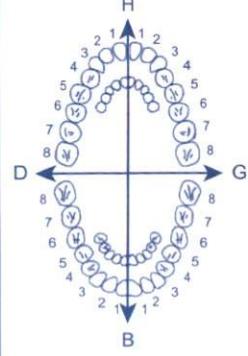
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
	D	00000000	B	00000000
		35533411		11433553
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الخزولي

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

124,00
1 -

1

Casablanca, le : 01 FEV 2023 في : 01 فبراير 2023 الدارالبيضاء،

01 FEVEREIRO 2023

الدار البيضاء، في :

Social-~~1~~²⁰²⁰ S 67/12

~~Max~~ 7th April

Dražed 20 **AS** apr.
2,5 yle matii x 6

A photograph of a document page. On the left, there is a handwritten signature "Prikol" above a red circular stamp with the letters "AS" in the center. To the right of this is another red circular stamp with the text "PHARMACIE LAUSANNE" at the top, followed by "Lot. Alhaimoune N° 207", "Lissasfa - Casablanca", and "Tél. 05 22 90 5".

class/
BENGHALEM

Felix ~~NS~~ x 21

— I planned ~~it~~ ^{it}

٢ ~~لدى المعلم~~ ~~لدى المعلم~~

الله اعلم

⁶⁰ طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا . الحسني . الدار البيضاء .

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف : E-mail : drqzsa@gmail.com

OraPred® 20 mg
Prednisolone

2,50€

30 comprimés effervescents

malin



Soclev®

Anoxicilline/Acidé clavulanique : 8/1

1g/125 mg

16 Sachets

Poudre pour suspension buvable
Voie orale

Adultes

60,00

124,00

Apixol®

Adultes

Solution buvable

AUX EXTRAITS
DE PROPOLIS ET D'ÉCHINACÉE

- Apaise les voies respiratoires
- Adoucit la gorge

Goût pomme - miel



200 ml e

Pharmalife RESEARCH



8 032578 477337

Lot:

À consommer
avant le:

PPC: 79,00 DH

220645

09/2025

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinuscinylate
ITALFARMACO S.A.
C/SAN ALCOBENDAS (MADRID)
Espagne.
Importateur: VERSALY A
Zona Suralem Pharmaceutique N° 182/19 DMP/21/NRS
D.N. KHALLED Automed Pharmacie
L'importateur déclare être titulaire de la licence de vente au détail au Maroc
Zone Sud-Soualem Pharmacie N° 182/19 DMP/21/NRS
Medicament autorisé à vendre au Maroc
Lot 149, Maroc
Sahel Belvédère
Lotissement VERSALYA
Ville de Tétouan
Maroc
Date d'émission de la licence de vente au détail: 14/01/2014
Date de validité: 14/01/2016



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Fabricant:
ITALFARMACO S.A
C/San Rafael 3
28108-ALCOBENDAS (MADRID)
Espagne.



Importateur: **Versalya**
La femme et son enfant
Laboratoire pharmaceutique VERSALYA
Zone industrielle du Sahel lot 149,
Had Soualem. Province Berrechid. Maroc
Dr N. KHALED Pharmacien Responsable
Médicament autorisé N° 182/19 DMP/21/NRS

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs

A standard linear barcode representing the product's identification number.

6 118001 440016