

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0006586

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0002100 Société : B.A.M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MEGOUAR AZIZA
 Date de naissance : 31/10/1964
 Adresse : 25 rue de la Liberté, Casablanca
 Tél. : 06440823 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/05/2019
 Nom et prénom du malade : MEGOUAR Aziza Age : 54
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dents ALD ALC Pathologie :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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
23/05/23	G	2	300 Dr	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Lissasfa
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 48 40

23.05.23

580.10

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

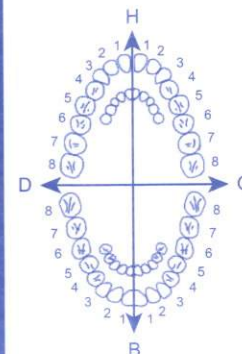
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

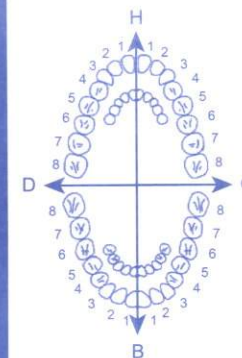
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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



CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

Ancien attaché des hôpitaux de Pitié-Salpêtrière Beaujon, Bichat - Paris

Membre de la société française de gastro-entérologie

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • PH-métrie œsophagienne

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Mme MEGOUAR Aziza

Casablanca le, 23/05/2023

Zyrdol 500

1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 05 jour)

Ultralevure gélule

2 gélules x 2 par jour (pendant 02 mois)

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Lissasfa
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 36 01 80



PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Lissasfa
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 36 48 40

Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépatogastro-entérologie
203, Boulevard Zerktouni
Tél: 05 22 36 01 80
Fax: 05 22 36 01 80
Gsm: 06 23 77 74 11

ZYRUDOL 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH00 EXP 11/2025
LOT 29028 1

ULTRA-LEVURE 250 mg,
30 gélules



6 18001 310166

Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034

05 2022

05 2025

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034 05 2022 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034 05 2022 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034

05 2022

05 2025

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034

05 2022

05 2025

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034

05 2022

05 2025

BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH



Lot :
مجموعة:

Fab :
صنع:

EXP. :
صالح لغاية:

1034 05 2022 05 2025
BIOCODEX MAROC PPV 65.10 DH

