

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0020219

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8372 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ATRB B Fouzia  
Date de naissance : 01/01/1968  
Adresse : 7 Rue MA 18/17 ADARNE RS AL Jounaika IDA  
App 17 5ème étage  
Tél. : 0668 466040 Total des frais engagés : 289,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr TAOUIS Afaf  
Médecine Générale  
20 Ma. 37, 5ème Rés Amine  
Arrière 5 - Casablanca

Date de consultation : 08/07/2023  
Nom et prénom du malade : BELKADDE ABDO Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Hépatite ALD et ALC  
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



# 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
08/07/2023		C1	200	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/07/23	89,55

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

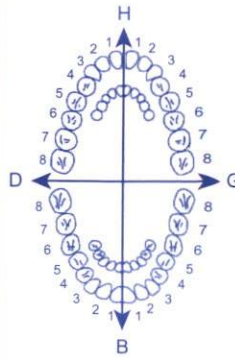
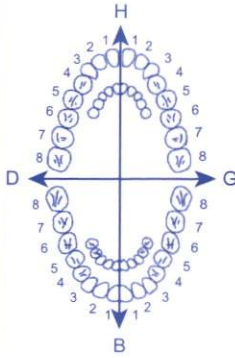
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																	
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D		G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Afaf Taouis

- Médecine Générale
- Médecine esthétique



الدكتورة عفاف طويس

- الطب العام
- طب التجميل

Ordonnance Médicale

Nom & Prénom: BelkASSE ABIR Casablanca le: 29/07/2023

M Zin-skin 45 mg Co  
1 cr 1 j 8h 1-2h

89,50  
21 D3 - Norm 5th



5 5th 1 j 8h 3-4h

PHARMACIE EL ANASSER  
OUAZZANY / Ouhadi Karim  
18, Rue El Rahim - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 23 40 33

Dr TAOUIS Afaf  
Médecine Générale  
Bd Moulay Ismaïl - 3ème étage N°5 - Casablanca

📍 Bd Moulay Ismail, Résidence Amine, 3ème étage, Appt N°5, Casablanca

✉ youthinfinity.med@gmail.com 📞 MOBILE : 05 20 54 43 76

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC : 89,50 DH

230494

05/2026

# D3 نورم

## 200 UI

قطرات للشرب  
عن طريق الفم

### الشكل و التقديم :

قطرات للشرب، قارورة تحتوي على 30 مل.

### الخصائص :

يحتوي D3 نورم® 200 UI - قطرات للشرب - على فيتامين D3 التي تساعد على إمتصاص الكالسيوم و الفوسفور، و على تقوية العظام و تنشيط الجهاز المناعي. ينصح إستعمال D3 نورم® 200 UI في حالة النقص في الفيتامين D.

### نصائح الإستعمال :

يؤخذ حسب توصية أخصائي في الصحة. يحرك جيدا قبل الإستعمال.  
تمزج القطرات مع سائل بارد (حليب، عصير فواكه...). تحتوي القارورة على حاسب للقطرات.  
قطرة (1) واحدة = 200 UI

### إحتياطات الإستعمال :

- يستعمل كمكمل لتغذية متنوعة.
  - إحترام الكمية المنصوح بها.
  - يوضع بعيدا عن متناول الأطفال.
  - يحفظ بعيدا عن الرطوبة و الحرارة .
- مكمل غذائي ليس بدواء.

صنع من طرف فارمالايف ريسورتش إيطاليا .  
مستورد وموزع في المغرب من طرف طيرافارم.

رخصة وزارة الصحة رقم : 20211711315/MAv3DMP/CA/18