

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° W21-767419

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ ALD

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19526 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZERMANI ELMEHDI
Date de naissance : 17/08/23
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 17/08/23
Nom et prénom du malade : Zermani Zineb Age: 3ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : O.k. + Trax prescrite
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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 17/08/2023

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 Etape Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon

[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/18/23		C	320000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DALAI 24, Bld. des Vainqueurs Oasis - Casablanca Tél 05 27 49 27 5	17-08-23	466,60

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

17-08-23

466,60

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires[illegible]

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTIONCOEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-Natal

Dipômé en Médecin Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

اختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونبولى

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في انعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

30,00

prots. 14,00

139,00

21,80

Casablanca, le :

17-08-2023

Zerani Zemaël



pediakid poliklinikum gsmc

Agence T & M

polydexa st amline

80,00 x 2

184 x 35-60



120 x 100

PHARMACIE DALAI
24, Bis, des Jannouch
Oasis - Casablanca
Tél 05 22 48 67 66 99 39 94

100 x 100



234,00

apr ce repr.

3) Trepium 100mg 120 x 100



20,50

4) clartec 100mg 100 x 100



45,30

1) Shueal spray 200 x 100



466,60

Flouar 9

21,80

de sur very early

DR. ABDELKAZIM ZAKIR
Tél. 03 20 22 00 00 - 03 20 22 00 01
Tél. 03 20 22 00 00 - 03 20 22 00 01
Tél. 03 20 22 00 00 - 03 20 22 00 01

POLYDEXA®
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES

PROMOPHARM s.a.



6 118000 241270

Lot n°: 0085061A
Pér.: 03-2025

P.P.V: 45 DH 30

بتوفن®

Azix® 1500 mg
Azithromycine 40mg/ml
Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

PPV: 80DH00
PER: 05/26
LOT: M1559

Azix® 1500 mg
Azithromycine 40mg/ml
Poudre pour suspension buvable



6 118000 041245

PPV: 80DH00
PER: 12/25
LOT: 118178

concentré de carotte noire,
de coïtal

PVC : 139,00DHS



LOT: 1341
PER: 01 - 26
P.P.V: 26 DH 50

Clartec 0,1g/100ml Flacon de 60ml



6 118000 090229

SYNTHEMEDIC

22 rue soubeir benou al souam roches
noires casablanca

INEXIUM

10 mg Gran GR pour su
Boite de 28 sachets-dose

6616 DMP (21) ANP P.P.V: 234,00 DH



6 118001 021550