

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

N° W21-687454

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8729 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ZAKARIA

Nom & Prénom : MADKOUR

Date de naissance : 28/06/1982

Adresse : 286, Lot Florida CASABLANCA

Tél. : 05 22 78 66 85 Total des frais engagés : 200 + 52,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur DEBBARH Laïla
Médecine générale
Centre Commercial Nadia, Im 3
Route d'El Jadida - Maarif - Casa
Tél. : 05 22 98 22 57

Date de consultation : 21/10/23

Nom et prénom du malade : Ham Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Covid

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 : CASABLANCA

Le : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

21/10/23			250,00	INP : <u>INPL: 091044420</u>
----------	--	--	--------	------------------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

<i>Pharmacie Florida</i> Dr. <i>Leila</i> 092028752	21/10/23	522,40
---	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	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.

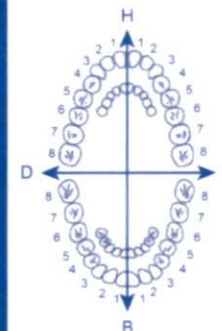
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

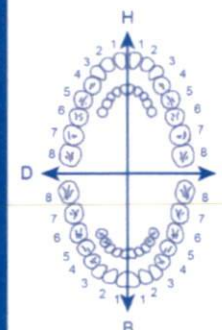
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالمرباط
الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le

21/10/23

Hamouchane Asmaa

60.00 x 2

- AZ 800 (2B)

1cp à midi x 7j
pris 1/2 cp / j x 4j

95.40

- ultra-leure gel

1gel x 2 fois / j avec rep

26.90

- Vitamine C Botte

1cp eff / j x 7j

40.90

- Zy naskin 45 cp eff

1cp / j x 7j

20.90

- Vitamine D3 BON

1 amp bu

29.50 Dynatens cp
1cp x 2 fois/

29.50 Enrouex sirp
1cs matin
- cortec cp
1cp le soir

14.30 x 2 - Rhino febral gel
3 gel/

30.70 - Kardégic 75
1 sach/ x 7

522.740.

AZ[®] 500 mg
Aztromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

LOT: 230283
PER: 03/2026
PPV: 79,50DH

Dynatens[®]
comprimé

ZINASKIN[®] 45 mg

PPV 40DH90 / EXP 06/2025
LOT 10058 61

20 comprimés effervescents

AZ[®] 500 mg
Aztromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV : 60,00 DH
6 118000 190097

LOT: 23E006
PER: 03 2025
KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

Vita C 1000[®]

PPU 26DH90 EXP 08/2026
LOT 36037 10

LOT : 211138
EXP : 09/2024
PPV : 14,30DH

Lot :
:عقود

Fab :
:صنع

EXP :
:صالح لغاية

1211 01 2023 01 2026
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

LOT : 221059
EXP : 09/2025
PPV : 14,30DH

UTAV: LOT N°: PPV (DH):

بدون سكر
بدون كحول

LOT 122179/FC
PER 03/2026
PPC 79,50



Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقيد تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/

يصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - **لائحة II**

ZENITH Pharma

AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001272228

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /

صاحب مقرر التسجيل



BOUCHARA-RECORDATI

70, avenue du Général de Gaulle

92800 PUTEAUX - FRANCE

Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / **المُصنِّع**

HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard

26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE