

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.

Biologie 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.

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° P19- 054912

☐ Optique

☐ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5852 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HIMMI Mofissir Age:

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

Nature de la maladie : Aff. Rhumatoïde

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 0207 170 50

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) :

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

15/09/2020				<i>[Signature]</i>
------------	--	--	--	--------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

PHARMACIE GUESSOUS DR GUESSOUS WAFAY Rue 23 N° 67 Hay Al Qods Tél.: 0522 73 78 28 Casa	15/09/2020	220,70
--	------------	--------

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

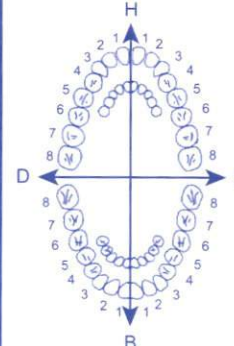
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

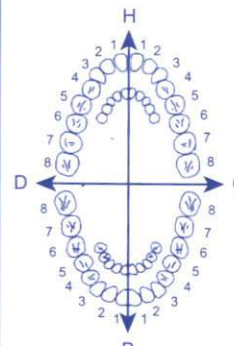
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
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

Docteur Bissam RACHIDI

Médecine Générale

Ex Médecin attachée au CHU IBN Rochd
et Hôpital My Youssef

Diplômée en échographie

Diplômée en gynécologie médicale

Diplômée en colposcopie

Suivi de grossesse

Diplômée en médecine du travail

ECG - Pose du stérilet



الدكتورة ابتسام الراشدي

الطب العام

طبيبة ملحقة سابقا بمستشفى ابن رشد

ومستشفى مولاي يوسف

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم في أمراض النساء

دبلوم فحص عنق الرحم بالمنظار

متابعة الحمل

دبلوم طب الشغل

تخطيط القلب - وضع اللولب

PHARMACIE GUESSOUS
DR GUESSOUS WAFIA
Rue 23 N° 67 Hay Al Qods
Tél.: 0522 73 78 28 Casa

17.09.2020

HIMMI Mofiss

LOT: 20021
DLUO: 07/2023
87,88DH

N.D 1 w faveron fort cp.
2 rep x 2 Apr
2 1/2 mois
1/2 1/2
87,00
30,00
3 1/2 tracat cp
20,90 x 4 7/8
4 1/2 30,00
AB

Lotissement Dalya Centre Bouskoura N°6

Station des taxis - Bouskoura Centre

Tel : 05 22 59 04 91 Gsm bureau : 06 12 16 82 67

5 Remid very sup

39,10

sup of le. sor

4's

redsg

200,60



Dr. Oussama RACHIDI
Généraliste
Centre Médical
Rue 23 N° 67 Hay Al Ouds
Tél.: 0522 73 78 28 Casa

230,7000

PHARMACIE GUESSOUS
DR GUESSOUS WAFAA
Rue 23 N° 67 Hay Al Ouds
Tél.: 0522 73 78 28 Casa

UNION MOHARRAM
17 17 17 17 17 17
17 17 17 17 17 17
17 17 17 17 17 17
17 17 17 17 17 17

كزينيد 100 ملغ

دكلوفناك

10 تحاميل

مختبرات بيوكالينيك

Composition :

Diclofénac de sodium 100 mg.

Excipient q.s.p. 1 suppositoire.

Cet étui contient 1 g de Diclofénac
de sodium

VOIE RECTALE.



Ne pas dépasser la dose prescrite

xénid 100mg

diclofénac

10 suppositoires

LOT : 1272
PER : 01/22
PPV : 30.10

30.10

xénid 100mg ○

10 suppositoires



6 118000 140559

Laboratoires Biogalénique

Indications, contre-indications,
effets indésirables et posologie :
voir notice à l'intérieur.



Fabriqué sous Licence par
le Laboratoire Pharmaceutique
NOVOPHARMA
Z.I 12 Tit Mellil Casablanca



BATCH MAN 1219
HP365 EXP 1123

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/
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE



BATCH MAN 1219
HP365 EXP 1123

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/
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE



BATCH MAN 1219
HP365 EXP 1123

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/
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE



BATCH MAN 1219
HP365 EXP 1123

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/
يُصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder



BOUCHARA-RECORDATI

GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع
HAUPT PHARMA

1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE