

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Personne en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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- 063112

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0811 Société : 58017

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom LAHBABI TOUNIR BADI'A

Date de naissance : 07/10/1940

Adresse : Longchamp Rue Achmat n°3

CASABLANCA 20210

Tél. : 0661141215 Total des frais engagés : 1551,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/01/2021 YAZA SAID BENNE

Nom et prénom du malade : YAZA SAID BENNE Age: 88

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : Infection

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 : 04/01/2021

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
02/01/2021		1	G	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PARANAIN DIAB SARL AU B. PENNANI 077 Tel : 05 22 29 11 01	02/01/2021	1551,60 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

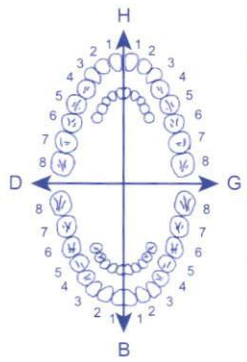
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Djebli El Aydouni Moulay Karim

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Marseille

الدكتور الجبلي العيدوني مولاي كريم

أمراض العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا

امراض وجراحة العيون

Casablanca le : 02 janvier 2021 ..... في الدار البيضاء

Mr. BENALI YAALA SAID

ZYTHROMAX 250MG

2x  
79.70 1 comprimé 2 fois par jour le 1er jour  
puis 1 comprimé par jour pendant 7 jours

VITA C 1000 B10 CP EFF

3x  
15.30 1 comprimé le matin, 1 comprimé à midi, pendant 15 jours

ZINC

2x  
207- 1 gel le soir, pendant 15 jours

DOLIPRANE 1000GR 8 CPS EFF

3x  
14- 1 matin midi et soir, pendant 10 jours

VITAMINE D 25

56.30 1 dose / semaine 3 semaines

NOVEX

3  
x 367- 1 injection matin et soir, pendant 8 jours

PPV: 14DH00  
PER: 10/23  
LOT: J2830

PPV: 14DH00  
PER: 09/23  
LOT: J2579

PPV: 56,30 DH  
LOT: 20J27D  
EXP: 10/2022

Dr. DJEBLI EL AYDOUNI Karim  
OPHTALMOLOGISTE  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca  
Tél: 0522.27.49.95

0522.27.49.95 زينة بن دحان - الدار البيضاء - الهاتف  
7, Rue Ben Dahan - Casablanca - Tél : 0522.27.49.95

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

مخصص للبالغين  
الجرعات - دواء  
ألم المفاصل  
15 ANS.  
CATIONS -

يحفظ في مكان جاف  
Chaleur et

يحفظ بعيدا  
ants.

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

مخصص  
الجرعات  
أنظر إلى  
ANS.  
NS -

يحفظ  
ur et

يحفظ

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/21

**500 mg / أقراص 3**

**ZITHROMAX** 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. :

10 2022

P.P.V.

79 70

LOT N° :

12 + 7986

79,70  
11

09366030/4

# *maelys*<sup>®</sup>

Actifs et Vitamines

VITALITÉ & ÉNERGIE  
APPORT DE ZINC & VITAMINES

SUPPLEMENT

## Zinc

Protéines

Vitamines &

Oligo-éléments  
essentiels

### Vitalité & Énergie



**60** Gélules

Voie orale

Poids Net : 24,60g



# PHARMACIE PARANFA AIN DIAB

CENTRE COMMERCIAL PARANFA AIN DIAB

CASABLANCA

Tél : 0522-39-34-01

Patente : 35624189, ICE:001823934000003

**Facture N° 136 268 Du 02/01/2021**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	DOLIPRANE 1G CP SIMPLE	3	14,00	42,00
CO	VITA C 1000 X 10	3	15,30	45,90
IN	NOVEX 4000/6INJ	3	347,00	1 041,00
CO	ZITHROMAX 500	2	79,70	159,40
AB	DCURE / 4 AMP	1	56,30	56,30
CO	MAELYS ZINC	1	207,00	207,00
6	<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>1 551,60</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE CINQ CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS ET SOIXANTE CENTIMES

*[Signature]*