

## 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° W19-416172

66816

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5354 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUBAI Fouad  
 Date de naissance : 08.05.1959  
 Adresse : Lot EZZOUBIR N° 209 Apt 2 OULFA  
 Tél. : 0661601847 Total des frais engagés : 446,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 29/3/2021  
 Nom et prénom du malade : Choubai Fouad Age : 62 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Colopollie  
 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 : 29/03/2021 CASP Le : 29/03/2021

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
29/3/2024		C	150,00	INP : 091114520 Dr. F.Z. MOUSSAOUI HAJ HAMOU Lotissement Zoubir - Ikm 112 I Appt 4, Onifa - Casa

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ARISSA 312 Lot Zoubir Casablanca Tél: 05 22 89 34 94	29/03/2024	296,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

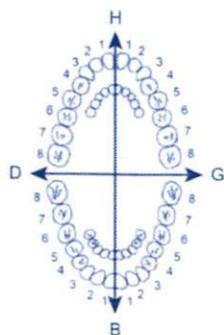
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

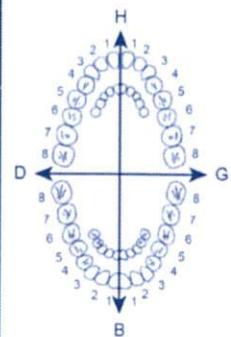
### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	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

Dr. F. Z. Moussaoui

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir  
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I  
Appartement 4 Ooulfa - Casa  
Tél. : 05 22 93 41 48

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

الطب العام

تجزئة الزبير  
مجموعة الضحي (عمارة)  
112 شقة 4 الألفة  
الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

29/3/2021

في الدار البيضاء،

Choubat Fouad

200.00

1) Nausecum  
1 cōs x 2j

48.40

2) ~~Aspirin~~  
PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94  
1 cōs x 2j après R

3) ~~Chlorpheniramine~~  
1 gel x 2j

23.20 x 2 = 46.40

4) Bouquet Allard eff (red)  
2 cp x 2j après R

54.70

5) Mebeverine Fi cp  
1 cp x 2j

40.50

6) Carborb cp  
1 cp x 2j x 10j

5 = 206.00

Dr. F.Z. MOUSSAOUI  
HAJ HAMOU  
Lotissement Zoubir - Imm 112 I  
Appt 4, Oulfa - Casa

LOT : 8243  
UT. AV : 02-22  
P.P.V : 29 DH 00

38,00

217

BOURGET INOSITOL®

BOURGET INOSITOL®

PPV 23DH20  
EXP 01/2024  
LOT 09025 6

PPV 23DH20  
EXP 01/2024  
LOT 09025 6

LOT 202135  
EXP 09 2025  
PPV 54.70

54,70

Lot: 200575  
À consommer de préférence avant le: 10/2025  
PPC: 79,50 DH

التركيبة:  
الجنينات الصوديوم 10 غ  
بيكربونات البوتاسيوم 2 غ  
السواغات: كلكل جرعة واحدة من 100  
قائمة السواغات ذات التأثير الملحوظ:  
باريدينوكسبنتازوات  
المعتل والنروبيث.  
دواعي الاستعمال:  
يوفر غافسكون أدفانس  
تغطية سريعة، تدوم  
طويلا، ضد حرقة  
المعدة وعسر الهضم.  
طريقة الاستعمال:  
عن طريق الفم.

ever ici.  
as enlever. e 150ml

DISPONIBLE EN PHARMACIE UNIQUEMENT

# غافسكون أدفانس

## GAVISCON

### ADVANCE

AROME ANIS

#### SOULAGEMENT RAPIDE ET PUISSANT

• حرقة المعدة واضر الهضم • Brûlures d'estomac & indigestion  
• تركيبة بقرّة اضافية • Formule extra puissante  
• تدوم طويلا • Effet Longue Durée

تذوقه اللينسون

بحرك جيدا قبل الشرب.  
لا تتركه في متناول الأطفال.  
يتم التخزين في درجة حرارة تتل عن 30 مئوية.  
لا يجب الحفاظ على القارورة لمدة تزيد عن 6 أشهر.

Bien agiter avant usage. Ne pas réfrigérer.  
Tenir hors de portée des enfants.  
Fabricant titulaire de license au Royaume Uni:  
Reckitt Benckiser Healthcare (UK) Ltd, Hull, HU8 7DS.  
Gaviscon Advance, l'épée et le cercle sont des marques de commerce.  
Utilizer dans les 6 mois après ouverture.  
AMM N°205/15 DMP/21/NNP  
PPV: 48 DH 40

BN 024181  
DOM 08/2020  
EXP 08/2022