

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.

Educational :

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.

Chirurgie :

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 ALQ :

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

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'Hôiroge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0005170

6 82 33

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ZOUAFI EL Mostafa

Date de naissance : 27-09-1958

Adresse : La même

Tél : 0658607864 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/04/2021

Nom et prénom du malade : ZOUAFI EL Mostafa

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

Nature de la maladie : Suivi pour myocore

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 : 24/04/21

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20/04/2021		05	2 100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/04/2021	17 344,80

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
		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

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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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 Badia MOUFID

Médecin

Médecine Générale

- Diplômée en Gynécologie Obstétrique (université de Besançon - France)
- Diplômée en Echographie (université de Dijon - France)
- Diplômée en hysteroscopie et colposcopie (université de Paris - France)
- Ancien Médecin Chef du Centre de Santé Sidi Mâariuf

الدكتورة بديعة مفيد

طبيبة

الطب العام

- شهادة في طب النساء و التوليد

(جامعة بزانسون - فرنسا)

- شهادة في الفحص بالصدى

(جامعة ديجون - فرنسا)

- شهادة فحص الرحم و عنق الرحم بالمنظار

(جامعة باريس - فرنسا)

- طبيبة رئيسية سابقا بالمركز الصحي

Casablanca, le:

20/04/2022

M^r SACADY EMMANE
800AF5

1) Curacné 40 f
517.00 DH

2) Oroken 200 mg cp pel b 8
143.80 DH

3) clolox chav
220.00

66.30
22 Sapp 15 p, 108



180, شارع الفداء - الدار البيضاء (أمام صيدلية الفداء) - الطابق الأول

180, Bd El Fida - Casablanca (en face pharmacie El Fida) - 1er Etage

06 43 62 35 20 • 05 22 81 72 59

5) Letode . 20.

94.77
x4 Lapp 1 Kessie

Qis Lapp 1 Kessie



6) Ferplex . 40 — f.

60.00 F . 20 f p. Liss

94
1734.40



Docteur BOUD MOUFID
Médecin Généraliste
180, Bd el Fida - Casablanca
Tél: 0522 81 72 59
0543 62 35 20

Clobex
500 microgrammes/g
propionate de clobétasol

SHAMPOOING

0.05%

DISTRIBUE PAR
LES LABORATOIRES SOTHEMA
PPV : 220.00 DH

صيدلاني
PHARMACIE AAFOU
Derb Lejla - Casablanca
Tél: 0522 81 72 59
Fax: 0522 81 71 27

Kétoderm® 2% gel en sachet

Respecter les doses prescrites
Ne pas avaler

par _____
D Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH



Lire attentivement avant utilisation
Tenir hors de la vue et de la portée des
enfants

Kétoderm® 2% gel en sachet

voie cutanée

8 sachets de 6 g

gel moussant

ANMEC I.A.



181496



181496

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Ketoderm 2% gel b8 sachet
P.P.V : 84,20 DH

OROKEN® 200 mg

céfixime

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.T.
Ain sebaa 20250 - Casablanca

Voie orale

OROKEN 200MG CP PEL B8
P.P.V : 143DH60

8 cor
8 film.



6 118001 061069

SANOFI

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Laboratoires EuroGénéral, STADA GROUP