

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.

Chronic :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0004131

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8784 Société : 29018

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAK Rachid

Date de naissance : 25.05.1969

Adresse :

Tél. : 0642112246

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Tél : 05 22 25 50 3

Date de consultation : 14/6/2021

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : groupe + embolys + infection cutanée

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 : Casa 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
14/06/2021	G1	C	200	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Stamp: Pharmacie Choukha]</i>	15/06/2021	159,50 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 :

Veillez 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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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'EX

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 05 22 25 59 32

الدكتور إبراهيم التگناوتي

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - المعاريف
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

Casablanca, le 14 Jun 2021 : الدار البيضاء، في

Mr Mezak Rachid

40,00

Leu zinc

20,00

Doliprane

50,00

Feldene 20

39,00

Fuadine

119,50

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif
Tél. : 05 22 25 59 32

PHARMACIE CHTOUKA
DARRAG Abdelfetah Dr. En Pharmacie
34, Lot Reda Thine Chtouka Par Azemmour
Tél. : 06 61 33 17 88

PHARMACIE CHTOUKA
DARRAG Abdelfetah Dr. En Pharmacie
34, Lot Reda Thine Chtouka Par Azemmour
Tél. : 06 61 33 17 88



PPV:20DH00

PER:05/22

LOT:I1169

07/15
100174

9

بوتلي ش.م.
عن الكارتريشن - عين الشيخ - الدار البيضاء
82 بر الكارتريشن - عين الشيخ - الدار البيضاء
بوتلي ش.م. - عين الشيخ - الدار البيضاء

عن طريق الفم



الكبار



التهاب الأذن والحنجرة

سعال الأذن

زكام

نزلات البرد

6 118000 041566



8 SACHETS GRANULÉS
Doliprène®

AMM N° 247/15 DMP/21/NNP

باز صفا مول - قناتين بن - مالتيات - الفيليزامين

دولتي

Doliprène®



فالدنين

بيروكسيكام

20 مغ

FELDENE® 20mg
15 gélules



6 118000 250203

15 كبسولة



مختبرات فايزر ش.م.
0,5 Km, route de Ouallidia
طريق الوالدية - الجديدة
El Jadida, Maroc

® marque déposée de Pfizer Inc.

N° ADSP: 236/DMP/21/NRQ



FELDENE®

20mg PIROXICAM



15 Gélules



FELDENE® 
20mg PIROXICAM

UT.AV. : 08 23 P.P.V.: 59 80

LOT N°: 1295309 59,80



10 gélules



Rétablit l'équilibre intestinal

Lot N°:

17051101

PER:

06/2021

Prix:

40.00 DHS

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



LEO



Fabriqué par POLYMÉDIC sous licence LEO Pharma
Rue Amyot d'Inville, Quartier Arsalane
Casablanca - Maroc
Dr. M. HOUBACHI : Pharmacien Responsable
AMM N°42 DMP/21/CCI

Fucidine® 2% pommade

Fusidate de sodium

Tube de 15 g

فوسيدين® 2% مرهم
فوسيدات الصوديوم
أنبوب من 15 غ

فوسيدين® 2%
مرهم أنبوب من 15 غ

39, 70

Ne pas avaler - Respecter les doses prescrites
عدم البلع - احترام الجرعات الموصوفة

Pas de précautions particulières de conservation.

Liste I

Uniquement sur ordonnance médicale

بناء على وصفة طبية فقط