

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Prothèse 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

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° M21- 072512

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZOUAFI EL Mostapha  
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 : 02/08/2021  
Nom et prénom du malade : ZOUAFI EL Mostapha Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Diabète + HTA + Maladies cardiovasculaires  
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 : 09/08/21  
Signature de l'adhérent(e) : Z. Zouafi

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
02/08/2021		C <sub>1</sub>	700 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.08.21	3609,50 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
		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 :

Veuillez 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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

- 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 Mâarouf

- شهادة في طب النساء و التوليد (جامعة بزانسون - فرنسا)
- شهادة في الفحص بالصدى (جامعة ديجون - فرنسا)
- شهادة فحص الرحم وغنق الرحم بالمنظار (جامعة باريس - فرنسا)
- طبيبة رئيسية سابقا بالمركز الصحي سيدي معروف

Casablanca le:

02/07/2021  
M<sup>r</sup> ZOUBAFI EL MOUTAPHA

1100 x 90 =

1) Humerus droit  
3200 mm  
1600 mm p<sup>2</sup> l<sup>2</sup> mm

137,60 x 5

2) Femur droit  
1 x 1/2 p<sup>2</sup> l<sup>2</sup> mm  
2110 x 10

3) Le col de l'utérus  
1 ep. 1/2 p<sup>2</sup> l<sup>2</sup> mm

159 x3

classe au  
20p



20p 20p 20p 20p

Medecin Généraliste  
180, Bd el Fida - Casablanca  
Tél: 0522 81 72 59  
0643 62 25 20

~~Docteur MOUFID  
Medecin Généraliste  
180, Bd el Fida - Casablanca  
Tél: 0522 81 72 59  
0643 62 25 20~~


1 = 3609,50

صيدلية أريس  
PHARMACIE ARESKI  
117, Ave 17 Rue 8 N. 59  
Tél: 853216 - Casablanca



# Zenovan®

Valsartan



**80**  
mg

**30**  
Comprimés  
pelliculés

137,60

137,60

137,60

137,60

137,60

# VALEX®

# VALEX®

**500 mg**

Valaciclovir



LOT 19018  
PER 12/22  
PPV 152,50

LOT 19018  
PER 152,50  
PPV 152DH50

LOT 20008  
PER 09/23  
PPV 152DH50

**14** Comprimés enrobés

**14** Comprimés enrobés

**Humalog®**  
100 UI/ml  
KwikPen™ **Mix25™**  
ميكس 25

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

**Humalog®**  
100 unités/ml  
KwikPen™ **Mix25™**  
ميكس 25

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

**Humalog®**  
100 UI/ml  
KwikPen™ **Mix25™**  
ميكس 25

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

**Humalog®**  
100 UI/ml  
KwikPen™ **Mix25™**  
ميكس 25

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.1  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.2  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.7  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.7  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.6  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.9  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D348391G.2  
UT AV 08 2023  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.7  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D348391G.2  
UT AV 08 2023  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.1  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D734320M.1  
UT AV 07 2022  
PPV 111.00 DH

LOT D060626F.3  
UT AV 02 2022  
PPV 111.00 DH

611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334

611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

611 800110202 0  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160334

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102020  
**Levothyrox® 100 µg,**  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342