

# 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.

## 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

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 22 45 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 059593

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9588

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHYATE MOHAMED

Date de naissance : 1956

Adresse : Habituelle

Tél : 06.68.41.572

Total des frais engagés : 800,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr KHALIDI Amine  
Chirurgien Urologue  
73, Boulevard Mohammed V  
Casablanca - Tél : 022.27.46.47  
Patente N° 33104682

Date de consultation : 25/08/2021

Nom et prénom du malade : CHYATE Mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Adhénome de prostate + hyperplasie

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 : 27/08/2021

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
25/8/21	C2		200,00	Dr. RHALIDI Amin Chirurgien Urologue 3, Boulevard Mohammed V Casablanca, Tél: 022.27.46.47 091004582

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
	25/8/21	600,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

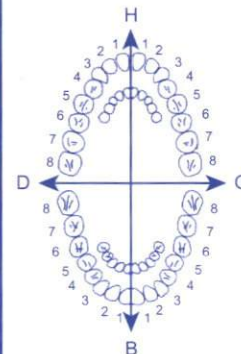
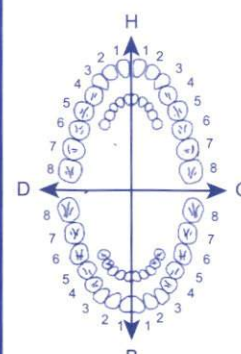
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, 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

# الدكتور خالد أمين DOCTEUR KHALIDI AMINE

CHIRURGIEN UROLOGUE

Chirurgie des Reins et des Voies Genito Urinaires

Ex. Enseignant à la faculté de Médecine

إختصاصي في الجراحة  
وأفراض الكلى والمسالك البولية  
أستاذ مساعد بكلية الطب سابقا

Casablanca, le

25/08/21

PHARMACIE JANQUIER  
Haila Mokadem  
Docteur en Pharmacie  
39, Rue de la Vilette  
H.M. Casablanca Tél. 05 22 61 69 56

CHYATAD

600 mg 2/2  
24 2/2  
AMARIL Long

2 Long avec pld dyn

2950 23 2/2  
TERAZOSINE Long

1 Long. usm

Mo. 3/3  
CLAVING 1g

1 sachet de 1/2 sachet  
1/2/2

Docteur KHALIDI AMINE  
Chirurgien Urologue  
73, Boulevard Mohammed V  
Casablanca - Tél: 022-27-46-47  
Patente No 3316682

73, Bd. Med V 3ème étage - CASABLANCA شارع محمد الخامس الطابق الثالث - الدار البيضاء

E-mail : amine.khalidi@hotmail.fr - Téléphone : 05 22 27 46 47 : الهاتف



# TERAZOSINE NORMON® 5 mg Térazosine

LOT: 12820013  
PER: 12/2023  
PPU: 79,50 DH

Boite de 30 comprimés  
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Sous ordonnance médicale.  
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.  
Tableau A (Liste I).

Respecter les doses prescrites

LOT: 12821003  
PER: 02/2024  
PPU: 79,50 DH

TERAZOSINE NO  
Té

TERAZOSINE NO  
Térazosine

Boite de 30

Voie

LOT: 12821006  
PER: 05/2024  
PPU: 79,50 DH

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Sous ordonnance médicale.  
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Pas de précautions particulières de conservation.  
Sous ordonnance médicale.  
Lire attentivement la notice avant l'utilisation de ce médicament.

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 20E005  
PER.: 08 2023

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 20E005  
PER.: 08 2023

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 20E006  
PER.: 11 2023

Am...

احترم المقادير المعينة  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A  
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

AMAREL 2MG  
CP B30  
P.P.V.: 60DH40  
6 118000 060031

LOT: 20E006  
PER.: 11 2023

CLAVULIN  
AMOXICILINE + ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant emploi.  
... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.  
فروا الشرقة بانتباه قبل الاستعمال

Uniquement sur ordonnance  
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 120,40 DH  
LOT: 644099  
PER: 09/21

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa  
20250 Casablanca

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa  
20250 Casablanca