

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.

Educateur :

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 :

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 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
Mise 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.

S : 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- 0061289

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10349 Société : 99088
☐ 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 : 08/01/2022
Nom et prénom du malade : ZOUAFI MOUSTAFA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + diabète + hypertension
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 : 07/01/22
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
6/11/2022	consultation		15007	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	6/11/2022	226620

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

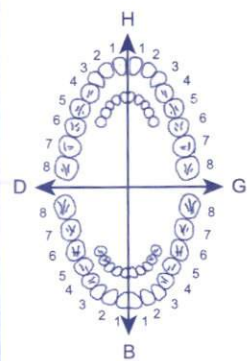
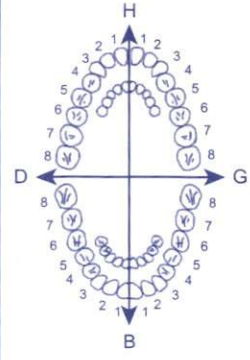
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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																								
				MONTANTS DES SOINS																					
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																					
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

- 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)
- طبية رئيسية سابقا بالمركز الصحي
سيدي معروف

Casablanca le:

06/01/2022

Mr Zou AFI Mlle HAFA

1) Sulfar 100 mg
178.00
x4

2) Levofloxacin 1000
24.40
x3

3) Amoxiclav 1000
240.00
x3

4) Alys 75
255.00
x2

5). Exp-KMCP 25
213.00 - 2 x 15 p². 3m²
22

2266.90



Docteur Badia MOURID
Médecin Généraliste
180, Bd el Fird - Casablanca
Tél: 0522 81 72 59
Fax: 0522 81 72 20

PHARMACIE EL AATOU
Derb Ladjoul N° 14 Local N° 43
Tél 0522 81 35 83 Casablanca
Fax 0522 81 31 27

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

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

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

28 comprimés pelliculés sécables / 28 scored film

Seroplex® 10 mg

escitalopram

Voie orale / Oral route
 DE N° 07/16A 105/381

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Seroplex 10mg cp sec b28
 P.P.V : 240,00 DH

Maphar
 Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca
 Seroplex 10mg cp sec b28
 P.P.V : 240,00 DH

Seroplex 10mg cp sec b28
 P.P.V : 240,00 DH

Titulaire - Holder / Fabricant - Manufacturer: M. Lundbeck A/S - Copenhagen - Denmark

Sulic®



LOT N° : 1907477
 EXP : 07/2022
 PPV : 179DH00

LOT 0001043
 EXP 10/22
 PPV 179DH00

LOT 1012523
 EXP 10/23
 PPV 179DH00

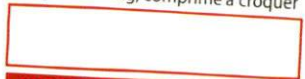
LOT 0001043
 EXP 10/22
 PPV 179DH00

EFFEXOR® L.P. 75 mg
 gélule à libération prolongée
 Venlafaxine

P.P.V : 213DH00
 6 118001 170906
 Laboratoires S.A.
 P.P.V : 213DH00
 6 118001 170906
 Laboratoires S.A.

Médicament autorisé n° 34009 346 128 5 5

Singulair® 5 mg, comprimé à croquer



RÉSPÉCTER LES DOSES PRÉSCRITES
 LISTE I - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE



SINGULAIR® 5 mg
 28 comprimés
 DISTRIBUE PAR MSD MAROC S.P. 136 - ROUSKOURA
 P.P.V : 303,00 DH
 AMM 204 DMP/21/NCI

ALYSE® 75 mg

PRÉGABALINE
 GÉLULES

56 GÉLULES

PPV: 255DH00

ALYSE® 75 mg

PRÉGABALINE
 GÉLULES

56 GÉLULES

PPV: 255DH00

