

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.

Radiologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-644425

105191

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4443 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IMZOUARH EL MOHTAR

Date de naissance : 02-10-1961

Adresse :

Tél. : 0671010054 Total des frais engagés : 466 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09.02.2022

Nom et prénom du malade : Wahid Mahassin Age : 45 ANS

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

Nature de la maladie : Rhume

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 : CHSA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/02/2022

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
09.02.10	U	U	730011	INP: 06133368

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	09/02/2012	336160

[illegible]

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

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES		Traitées	Soins	Coefficient	N° : 								
					Coefficient des Travaux 								
						Montants des Soins 							
						Début d'exécution 							
						Fin d'exécution 							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> D G <table style="margin: 0 auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			Montants des Soins 									
				Date du devis 									
				Date de l'exécution 									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ahlam Zguiouar

Lauréate de la faculté

De Casablanca

Ex-Médecin Interne à l'hôpital

Moulay Youssef de Casablanca

Médecine Générale - Échographie

G- Suivi de grossesse - Diabète - hypertension artérielle

Conseil nutrition



الدكتورة أحلام أزكوار

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

لحسية داخلية سابقا بمستشفى

مولاي يوسف بالدار البيضاء

الطب العام - الفحص والصدى

تخطيط القلب - تتبع الحمل - مرض السكري و الضغط الدموي

الحمية العلاجية

ORDONNANCE

Dérouta le 09.02.2022

M wahidi Mahassim

66,00 x 2

Arginine 14g

56,30

D-argif

83,10

AMP 16

Relaxol 12

15,8

14 x 46

Dolipron 1000

45,00

14 x 36

fenicon

34,40

1000 x 36

Myosh 800

14 x 36

336,60



تجزئة نورة 5 (أونا - بدر الخير) الطابق الثاني الشقة 4 الدروة برشيد

Lotissement Nora 5 (Ona Badr el khayr) 2ème étage App 4 Deroua Berrechid.

Tel: 07-00-86-13-43 / Gsm: 06-76-67-07-80

ANDOL[®] 500 mg
PARACETAMOL

PPV(DH):

Lot n°:

Autav:

PPV: 56,30 DH
LOT: 20J19D
EXP: 10/2022

15,80
PPV 15,80 DH
PER 06/24
LOT K1673
S2



Dr. Ahlam ZGUIOUAR
Médecin Générale
Lot Nora 5 2ème étage App 4 Deroua
Province de Berrechid
Tél: 07 00 86 13 43 / Gsm: 06 76 67 07 80

Azimycine®

Azithromycine

500 mg Promopharm

Voie orale

3 comprimés enrobés sécables

66,00

LOT 20057A
PER 09/25
PPV 66-DH00



Flexium

Massage chauffant

Confort rapide des douleurs
musculaires et articulaires

LOT: 454
EXP: 04/24
PPC: 45.00DH

00