

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 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° W21-692628 / 4893  
120686

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4893 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Retraité Autre :

Nom & Prénom : SAAD ALIAM FOUZIA

Date de naissance : 11 sept 1957

Adresse : 93 Youssef el Kheidama Sidi Fatch (A.M) Casa

Tél. : 0548254870 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR EL ALAOUI MHAMDI  
Moulay Youssef  
Médecine Générale  
16, Rue Salé (A.M) Casablanca  
Tél/Fax : 0522 47 58 94

Date de consultation : 02/03/2022

Nom et prénom du malade : SAAD ALIAM FOUZIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

affection chronique

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

06/03/2022

VOLET ADHERENT

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
02/03	2-52		100	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] DICKY EL ALAOU NIAMBO Moulay Youssef Médecine Générale 2009 Avenue de la République 91700 Brunoy Tél : 01 69 85 55 64
1 MARS 2022	G		0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		Montant de la Facture
<p>Cachet du Pharmacien ou du Poussiou</p> <p>ARMACIE BADR Abdeslam EL ZI PHARMACIEN (D.M.) 21-223 Rue Snaker Casablanca Tél: 05 22 27 50 Fax: 05 22 14 59</p> <p>INTERNATIONALE Marsell</p>	<p>Date</p> <p>2-3-2022</p> <p>31.03/2022</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>2450</p> <p>176,40</p>

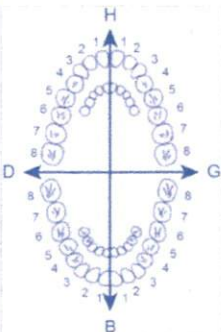
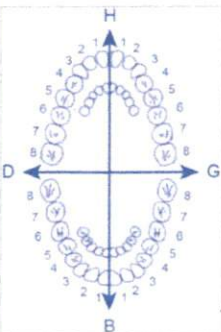
[illegible][illegible]

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur El Aloui Mhamdy Youssef

Médecine Générale

16, Rue Salé (en Face Jamaâ Chleuh)

Ancienne Médina

Tél. / Fax : 05 22 47 56 94

Casablanca

E-mail : ymhamdy@gmail.com



الدكتور العلوي المحمدي يوسف

الطب العام

16، زنقة سلا ( أمام جامع الشلوح )

المدينة القديمة

الهاتف / الفاكس : 05 22 47 56 94

الدار البيضاء

31 MARS 2022

Casablanca, Le : ..... في : الدار البيضاء،

Dr. Mhamdy Youssef El Aloui

PHARMACIE INTERNATIONALE  
DE CASABLANCA  
24, Rue Centrale (Mekrazel) et Rusul Hansafi  
(Ex. Comptant Provost) - Casablanca  
Tél : 05 22 22 02 32



Lot: CIP: 3400931000679  
Exp.: 02/2022



BOTTU SA  
PPV : 28 DH 00



Docteur  
16, Rue  
Tél / Fax : 05 22 47 56 94

I.C.E. : 001915367000059 - I.F. : 39717340 - C.N.S.S. : 2099530 - INPE : 091266189



**MAZAX®** 500 mg 3 Comprimés



118000 310860

**Composition :**

Azithromycine dihydrate équivalent à l'azithromycine anhydre..... 500 mg  
Excipients q.s.p..... 1 comprimé

*Lire attentivement la notice avant utilisation*

*Ne pas laisser ce médicament à la vue et à la portée  
des enfants*

Respecter les doses prescrites

Liste I  
Uniquement sur ordonnance  
AMM : 468/15 DMP/21/NRQ

Laboratoires Pharmaceutiques Pharme  
21, Quartier Burger - Casablanca

**MAZAX®**

Azithromycine



Antibiotique

**3** comprimés pelliculés

**500 mg**



**Pharm**

Laboratoires Pharm

LOT : 3338  
UT. AV : 09-23  
P.P.V : 60 DH 00

Voie orale

# BRONCOLIBER<sup>®</sup>

Ambroxol Chlorhydrate

Solution  
buvable

30 mg / 5ml  
200 ml

**ADULTES**

Voie Orale



TECNIMEDE GROUP

51,00