

## 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 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

- 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° P19- 059980

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : 224635  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL SAFI TOURIA  
Date de naissance : 10-12-1955  
Adresse : 235 BO YACCOUB EL MEUSSEN  
Tél. : 0661321732 Total des frais engagés : 448.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Brahim EL WAFI**  
Spécialiste en O.R.L.  
Espace Erreda 52 Bd Zerkouni Etage 1  
(Face Marché des Fleurs) Casablanca  
Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44  
01 AOÛT 2022

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL SAFI TOURIA Age : /

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

Nature de la maladie : pour Maxillite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : /

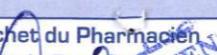
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / Le : /

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
01 AOUT 2022	LA		300	Dr. Brahimi Spécialiste en Pédiatrie Espace Erreda 52 Bd Zerkoun (Cassidy) Marché des Fleurs 0522 22 61 17 / 0522 47 12 61

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/08/22	144,80

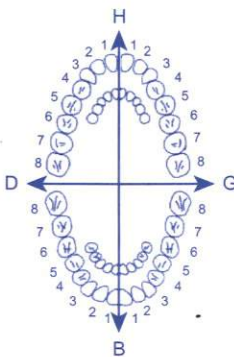
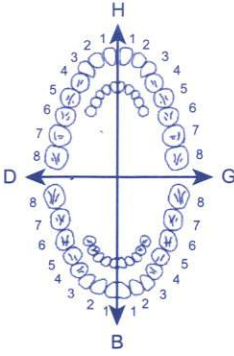
[illegible][illegible]

## 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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DEBUT D'EXECUTION   FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412    21433552  00000000    00000000  D                      G  00000000    00000000  35533411    11433553  B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX   MONTANTS DES SOINS   DATE DU DEVIS   DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>  <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Brahim EL WAFI**

**SPECIALISTE EN O.R.L.**

Maladies et Chirurgies du :  
Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Sur Rendez-Vous

**الدكتور إبراهيم الوافي**

إختصاصي في أمراض وجراحة  
الأنف - الحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

خريج كلية الطب بباريس

بالموعد

Casablanca, le 01 AOUT 2022 في الدار البيضاء،

EL SAFI TOURIA

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

42,00

- Predni 2

51.40 x 2 2 cp 1/2 le matin  
Spectrum 500

1 cp 2 x 1/2

144.80

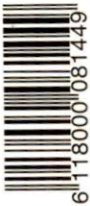
صيدلية الشرق  
PHARMACIE DE L'ORIENT  
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa  
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 75 51

**Dr. Brahim EL WAFI**  
Spécialiste en O.R.L.  
Espace Erreda 52 Bd Zerketouni Etage 1  
Espace Marché des Fleurs Casablanca  
Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44

عمارة الرضا - 52 شارع الزركطوني الطابق الأول (الواجهة مع الورود) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 22 61 17 / 05 22 47 12 44 - الفاكس: 05 22 22 61 77

Espace Erreda - 52, Bd Zerketouni - 1er Etage (Face marché aux Fleurs) - Casablanca - Tél: 0522 22 61 17 / 0522 47 12 44 - Fax: 05 22 22 61 77

**Spectrum® 250<sup>mg</sup>**  
Ciprofloxacine 10 Comprimés



12

Fabriqué par / من صنع

**COOPER**  
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca  
41, رابطة محمد الديوري 20110 الدار البيضاء

Pharmacien responsable :

Amina DAOUDI

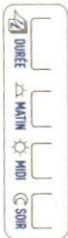
جدول الجرعة (1) / (1) / (1)

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

**COOPER**  
PHARMA



Comprimés pelliculés

10 x

**Spectrum®**  
ciprofloxacine

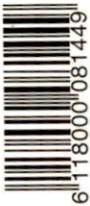


Cl:6357

0.715

757,400.01.19

**Spectrum®** 250<sub>mg</sub>  
Ciprofloxacine 10 Comprimés



**COOPER**  
PHARMA

41, Rue Med DIOURI 20110 Casablanca  
ر.ق.ة. ر.ق.ة. ص.ح.ة. الم.د.و.ر.ي 20110 الدار البيضاء

Pharmacien responsable :

Amina DAOUDI

Fabriqué par / من صنع



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance

لا يسلم إلا بوصفة طبية

جدول الجرعة 1 / 1 (Liste A)

Cl:6357

12

**COOPER**  
PHARMA



Comprimés pelliculés

10 x

**Spectrum®**  
ciprofloxacine



0.715

757,400.01.19

CI : 6229

IDEMCO

**Formule / Formula:**

Prednisolone.....20mg  
(sous forme de métsulfobenzate sodique de  
prednisolone / as prednisolone sodium  
metasulfobenzate 31,44 mg)  
Excipients q.s.p. 1 comprimé effervescent  
séable / s.q.f. 1 scored effervescent tablet  
Excipients à effet notoire / Excipients with  
known effect : lactose, sorbitol, sodium.

البن كيد  
بريدنولون 20 ملغ  
بريدنولون ميثانيلفونيزوات الصوديوم  
على شكل بريدنولون ميثانيلفونيزوات الصوديوم  
31,44 ملغ  
السواغات ذات تأثير معروف: لاکتوز، سوربيتول، صوديوم.

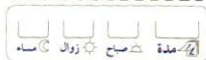


Tableau A [Liste I] / Table A [List I]  
جدول (أ) (Liste I)

**Respecter les doses prescrites**  
**Respect the prescribed doses**  
**احترم الجرعات الموصوفة**

Uniquement sur ordonnance  
Under prescription only

لا يسلم إلا بوصفة طبية

Ne laisser ni à la portée ni à la vue des enfants  
Keep out of the reach and sight of children

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال  
Lire attentivement la notice avant utilisation  
Read carefully the leaflet before use

حفظ بعيدا عن الرطوبة  
A conserver à l'abri de l'humidité  
Keep away from moisture

AMM N° 474/17 DMP/21/NRQ

Fabriqué par / Manufactured by/  
MC PHARMA  
Z.I. Ouled Saleh préfecture de Nouaceur  
Casablanca

755.785.01.19