

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-769492

AL6623 Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent(e)	
Matricule :	A23A8
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : JERKAOUII ABDELLAH	
Date de naissance :	28 - 07 - 1985
Adresse :	255 NEXT HOUSE VILLA 52 DAB BOUA 22A - CASA
Tél. :	0660195964
Total des frais engagés : 474,50 Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. MADRI FATIMA EZZAHRA
Gynécologue - Obstétricienne
47, Bd. Oued Laâyoune Lot Missimi
Appart. 8, 1er Etage - Hay Hassani
Casa - Tél : 06 75 02 81 82

Date de consultation : 14/04/23
Nom et prénom du malade : FADOUA CHAREMOUN Age: 36

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

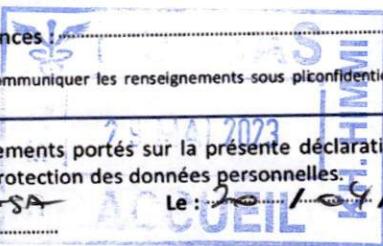
Nature de la maladie : MY 658

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 : 20/04/23 Le : 20/04/23

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du attestant le Paiement de
11/11/12	Cs	10	200.00	INP : b61B b146 Dr. MADRI FATIMA E. Gynécologue Obstétricienne, Lot : 47, Bd Quatre Feux - Haye - Haye Appt. 8, 1er Etage - Tel : 06 75 02 8 Casa - Tel : 06 75 02 8

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/12	100.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

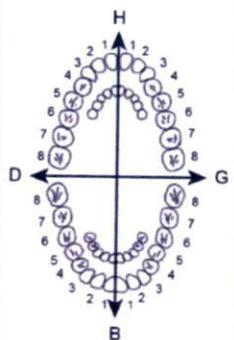
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

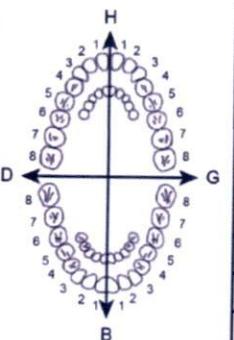
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>

Dr MADRI Fátima Ezzahra
Spécialiste en gynécologie
Obstétrique



Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée des facultés de médecine d'Angers et Clermont-Ferrand France

Ancien médecin interne aux hôpitaux de Paris

الدكتورة فاطمة الزهراء مضري

أخصائية في طب و جراحة أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء، و اونجي فرنسا

طبيبة سابقة بقسم الولادة و بقسم جراحة سرطان المرأة في مستشفى ابن رشد

طبيبة سابقة في مستشفيات باريس

ORDONNANCE MÉDICALE

Le: 14/04/25

Nom & Prénom: Dr. CHAKRABORTY FADWA

1) Caneflcan 100 mg
x 6 v

S.V.

1 cp / Journe p/ 3 Journe



2) Denofix 200 mg
1 app x 2/j p/ 10 J

3) 383 = 1 app x 2/j p/ 10 J

3) Polysporin oint

S.V.

M.M. = 1 sucre 1 j avant Coucher p/ 6 j

Fixe: 05 20 56 51 51 - Urgence : 06 75 02 81 82 - Email : fatimaezzahramadri@gmail.com
Adresse : 47, Émeraude center, Bd Oued laou (en face de marjane hay hassani - station Afriquia),
lotissement missimi, 1er ETG, Appt 8. Hay hassani

ii) Pastis gel

1 gel 1j pt! 2m+

Dr. MADRI FATIMA EZZAHRA
Gynécologue - Obstétricienne
47, Bd. Oded Laou, Lot Missimi
Appt. 8, 1er Etage - Hay Hassani
Casa - Tel.: 06 75 02 81 82

Liste des excipients à effet notoire :

Huile de soja hydrogénée.

Forme pharmaceutique : capsule vaginale.

Indications thérapeutiques :

traitement local des infections vaginales.

Mode et voie d'administration :

voie vaginale.

**Tenir hors de la portée
et de la vue des enfants**

Lire attentivement
la notice avant utilisation.

**Précautions particulières
de conservation**

À conserver à une température
ne dépassant pas 25°C.

MAPHAR

POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Bd. Alkimia No. 6, Ql-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc
P.P.V. : 38DH30



6

118001

182015



Laboratoire INNOTECH INTERNATIONAL

Importé sous licence par :

maphar

Bd. Alkimia No. 6, Ql-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc

Lot

Exp

61046

02/2024



CANAFLUCAN®

FLUCONAZOLE

150 mg

- Antifongique

LOT : 3253
PER : 09-25
P.P.V : 76 DH 20



Gélules
Voie orale

LABORATOIRES
PHARMA5
مختبرات فارما ٥