

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

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhession@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° W21-798245

163755

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	586	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Mohamed Zerrak			
Date de naissance : 1937			
Adresse : 31 rue 16 May Inara 1 Casablanca			
Tél. :	07 00 18 88 11	Total des frais engagés :	595,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr Youness MAMOUNI ALAOUI
Médecin Commandant
Psychiatre
H.M.I. Med V-Rabat
INP:101223683

Date de consultation : 04 MAI 2023

Nom et prénom du malade : ZERROCK Mohamed Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection neurogénétique

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 : R.A.M. Le : 10/05/2023

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
01/04/2019	C		G	Dr. YOUSSEF LAMOUNI ALAOUI Médecin Commandant Psychiatre H.M.I. Med V-Rabat INP:101223683

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MOUHSSINE MOUHSSINE Leila 334, AV. 2 Mars P'tie 19ème Indraï Casablanca Tel. 05 22 21 11</p>	4/5/23	595.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		00000000		35533411		11433553		B				<input type="text"/>
H		21433552																										
25533412		00000000																										
00000000		00000000																										
D		00000000																										
35533411		11433553																										
B																												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				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

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

04 MAI 2023

Z.E. Dr. Youness MAMOUNI ALAOUI
Commandant
Médecin Psychiatre
H.M.I. Med V-Rabat
INP:101223683

469,00

1) Diazep 10 mg

SV

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
34, Av. 2 Mars P.C. longerie Inara /
Casablanca Tel. 05 22 21 09 76

1
2

126,00

2) Alentra 10 mg

(SV)

595,00

Med 1 dia 4 mg

Dr. Youness MAMOUNI ALAOUI
Commandant
Médecin Psychiatre
H.M.I. Med V-Rabat
INP:101223683



donzep
donepezil 10 mg

28 Comprimés pelliculés

LOT 200838 1
EXP 02 2025
PPV 469.00 DH

دونزيب ١٠ ملغ
دونيبيزيل

28
قرصا ملسا

عن طريق الفم

Composition :
Chlorhydrate de donépézil 10,00 mg
Excipients q.s.p un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire : lactose.

Lire attentivement la notice avant utilisation.
A conserver à une température inférieure à 25°C.

Titulaire d'AMM/Distributeur :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence RAFARM SA - Grèce
Fabricant : RAFARM S.A.-Thessaloniki - Grèce
Katziki Agiou Louka, 19002, Psalara Attiki - Grèce

DONZEP 10 mg
28 comprimés pelliculés
AMM N° 71/11 DMP/21/NNP

6118001 071678



782443

donzep 10 mg
donepezil

28
Comprimés
pelliculés

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال



Respecter les doses prescrites
احترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I (Tableau A)
يصرف بوجوب وصفة طبية - قائمة (جدول آ)

التركيبة :

كلورهيدرات الدونيبيزيل 10,00 ملغ
السواغات كمية كافية لقرص ملسا واحد.

سواع ذو تأثير معروف : الألاكتوز.

إقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 25°C.

E1308400

Lipido

لدواء
دونزيب