

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- N° 000692 *payé*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2785 Société : RAM 164968

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAOUDI Abdel Hamid

Date de naissance : 1957

Adresse : Bloc 4. N° 330 Bensergara Agadir

Tél. : 0664 1972 79 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. SEMLALI ELALAMI Mohamed
- Médecin Vacataire -
Soc. Urgences
Polyclinique CNSS - Agadir
Tél. : 041229838

Date de consultation : 31/5/2019

Nom et prénom du malade : ISMAIL DAOUDI Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Vomissement

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Agadir

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 000692

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Règlement des Actes
31/05/23	IN		159,02	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MASSIRA N° 57 Av. Jamal Abdelnacer Q. A. Moula - AGADIR tel : 05 28 22 37 25	31/05/23	128,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

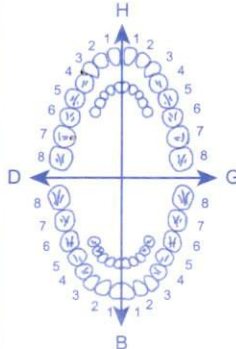
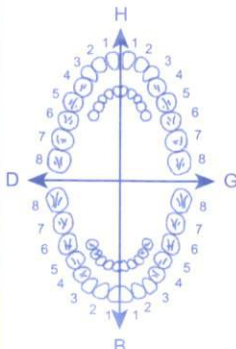
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agadir, le: 31/5/23

M:

Pharmacie AL MASSIRA

N° 57 Av. Jamal Abdennacer

Q. Al Massira - AGADIR

Tél : 05 28 22 37 25

**SERVICE DES
URGENCES
24/24**

- * Cardiologie
- * Gastro-Entérologie
- * Pédiatrie (Neonatalogie)
- * Dermatologie
- * Endocrino - Diabétologie
- * Pneumo - Phtysiologie
- * Ophtalmologie
- * Anesthésie - Réanimation
- * Urologie
- * Chirurgie Viscerale et digestive
- * Coelio - Chirurgie
- * Gynéco - Obstétrique
- * Traumato - Orthopédie
- * Neuro - Chirurgie
- * O.R.L
- * Biologie (laboratoire)
- * Radiologie

**CENTRE
D'HEMODIALYSE**

**URGENCES
05 28 82 58 18**

**Consultation RDV
05 28 82 59 66**

زفنة مولاي يوسف - ص ب : 3171 - أكادير - الهاتف: 05 28 84 66 21/25/27 - الفاكس : 05 28 84 66 24

Rue Moulay Youssef - B.P. 3171 - AGADIR - Tél.: 05 28 84 66 21/25/27 - Fax : 05 28 84 66 24

100.00
①. Entergermina 4M

72p/ 20/

178.50



Pharmacie AL MASSIRA
N° 57 Av. Jamal Abdennacer
Q. Al Massira - AGADIR
Tél : 05 28 22 37 25

Dr. SEMLALI ELALAM Mohamed
- Médecin Vaccinateur -
Polyclinique Urgences
INP. 041219238

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Entergermina 4 milliards
susp b 10 fl 6 ml
P.P.V 100,00 DH
5 113001 082216

Composition :

Paracétamol..... 500 mg

Excipients q.s.p..... 1 comprimé

التركيب :

ملغ 500..... باراسيتامول

قرص واحد..... سواغ كمية كافية لـ

1			
Durée	Matin	Midi	Soir

AMM : 133/12DMP/21/NCP

Laboratoires PHARMA 5

Zone Industrielle Ouled Saleh - Bouskoura - Maroc
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien ResponsableDolostop® 500mg
Boîte de 20 comprimés

Dolostop®

500 mg

Paracétamol

Douleurs et fièvre**Dès 27 kg****20**
comprimés
Voie oraleLOT : 7221
UT. AV : 02-25
P.P.V : 10 DH'20

PHARMA 5

فوغا لين

ميطوبيمازين

5 ملغ

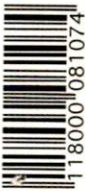
عن طريق الشرج

VOGALENE 5 mg

10 Suppositoires

تحاميل

10 x



6 118000 081074

مدة ١٥ صباح : زوال مساء

COOPER PHARMA

LOT: 220695
PER: 05-2025
PPV: 11,30DH



فورت

بنو-سنا

كلوريدات دروطلافرين

ملغ 80

20 قرصا - عن طريق الفم

Médicament délivré sans ordonnance.
دواء مسلم دون وصفة طبية.

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

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال.

Lire attentivement la notice avant
utilisation.

اقرأ النشرة جيدا قبل الإستعمال.



NO - SPA FORTE 80MG

CP 820

P.P.V : 45DH00



LOT : ZZE006

PER.: 06 2025



Titulaire d'AMM au Maroc :

sanofi-aventis Maroc. Route de Rabat R.P.1
BP2611, Ain Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar. Km 10, Route côtière 111, Ql-Zenata,
Ain Sebaâ, Casablanca.

Posologie :

1 à 2 comprimés à faire dissoudre dans un verre d'eau après les repas ou au moment des maux digestifs.

Lire attentivement la notice.

لا يترك في متناول الأطفال

Ne pas laisser à la portée des enfants

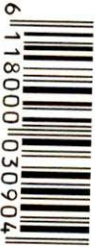
Laboratoires LAPROPHAN S.A.

21, Rue des Oudaya - Casablanca

Fabrique au Maroc sous licence des Laboratoires UPSA (France).

NORMOGASTRYL

20 comprimés effervescents



نورمو

گاسترل

20 قرصا فائرا



أوبسلا
مخابر

NORMOGASTRYL

PPV 12D400
EXP 12/2026
LOT 2D035 2

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR
 Extension X, Rue Moulay Youssef
 80000 AGADIR
 Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24
 INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 658290		N° SEJOUR : 230034968		FACTURE N° 2305014155		DATE D'ENTREE : 31/05/2023		DATE DE SORTIE : 31/05/2023			
ASSURE :				UF: 5002 URGENCES N° IMMAT C.N.S.S : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : N° SE. SOC. ETRANG. :		DESTINATAIRE : DAOUDI, Ismail					
MALADE : DAOUDI, Ismail											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :											
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :									
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
						% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATAION DE MEDECIN.											
CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F		CN	1.00	120.00	120.00					0.00	120.00
ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX											
ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER		AMI	2.00	7.50	15.00					0.00	15.00
PRODUITS PHARMACEUTIQUES					14.00					0.00	14.00
FOURNITURES MEDICALES					1.02					0.00	1.02

Intervenant : 20182 DR SEMLALI EL ALAMI MOHAMED (GENARALISTE)		TOTAUX :		150.02						150.02	
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS ET DEUX CENTIMES				PLAFOND PC :					ACOMPTE:		
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.02		AVOIR :		
				RESTE DU:	0.00						
DATE FACTURE : 31/05/2023				EDITEE LE : 31/05/2023				PAR: TAIBI			
VISA				ACCIDENT DE TRAVAIL : N° DE POLICE : DATE AT : Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR BANQUE : BMCE - AGADIR N° compte bancaire : 011.010.0000.01.210.00.60686.03							

