

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 : 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

170961

Déclaration de Maladie : N° P19-0003578

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6983

Société : EX-12.A.M. Deltic

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAOUFI TAHAR

Date de naissance : 14.04.1957

Adresse : 120, LAAZI, BLD. 6, 1000, FC, 1, DR, 100, casab

Tél. : 06.15.23.01.86

Total des frais engagés : 1111.80 DHs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.08.2023

Nom et prénom du malade : RAOUFI TAHAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : - PROSTATE

En cas d'accident, précisez 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.

Fait à : 09 AOUT 2023

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 : 09 AOUT 2023

Le : 11/08/2023

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
03/08/2023	V3		300 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/08/2023	811.80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

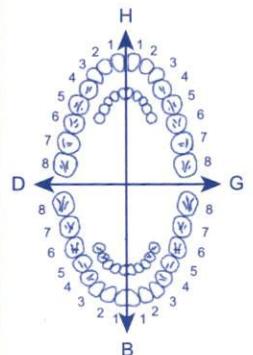
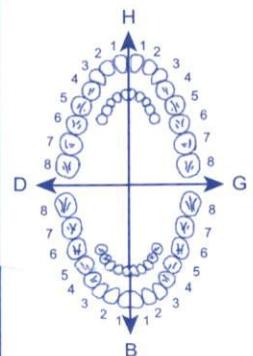
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	G	
	D	00000000 00000000	B	
		00000000 11433553		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins
DATE DU DEVIS				Date du devis
DATE DE L'EXECUTION				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotriptie extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية
والمسالك البولية - العقم الجنسي
الامراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية
لأمراض الكلية والمسالك البولية
خريج كلية الطب بنين (فرنسا)

Casablanca, Le:

31/07/23

RAOUFI DAHA

109,70 x 3.

329,10.



④ CONTIFLO

2000

160,90 x 3.

482,70.

1 CP

④ = R 817 2000

1 kg.

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

811,80.

092024256

PHARMACEUTIQUE
LAABOUDI Selwa
17, Rue Prince Leâlai
Casablanca 33000

CONTIFLO® OD

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée
Voie orale
0.4 mg

زنقة الامير مولاي عبد الله (فوق ياق روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tél.: 05.22.27.22.41 / 05.22.27.19.30 - الهاتف : Email : urotk@yahoo.fr البريد الإلكتروني :

إِرْفَي® 300 مَعْ

إِرِيزَارْتَان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



6 118000 051268

30 قرصاً



φ
h.i

مَعْهَدُ الصِّدْلَةِ

LOT : 075
PER : MAR 2026
PPV : 160 DH 90

إِرْفَي® 300 مَعْ

إِرِيزَارْتَان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



6 118000 051268

30 قرصاً



φ
h.i

مَعْهَدُ الصِّدْلَةِ

LOT : 075
PER : MAR 2026
PPV : 160 DH 90

إِرْفَي® 300 مَعْ

إِرِيزَارْتَان

IRPHI 300 mg

30 Comprimés



6 118000 051268

30 قرصاً



معهد الصيدلة

LOT : 075
PER : MAR 2026
PPV : 160 DH 90