

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



Déclaration de Maladie

M22- 177573 54601

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 270 Société : E.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELYACOURI Mohamed

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : 62, rue ds salins oasis CASAB.

Tél. : 0661087340 Total des frais engagés : 1652,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phlésiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmeoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 88 24

Date de consultation : 19.09.2019

Nom et prénom du malade : ELYACOURI Mohamed Age: 79

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

Nature de la maladie : BPCO

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
19/09/23	C3	①	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
Pharmacie des Palmiers 36, Rue Jules Gues, Oasis - Casa Tel: 05 22 25 69 83	19/09/23	TE 1352,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

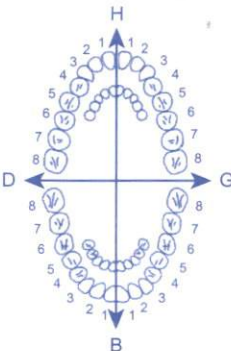
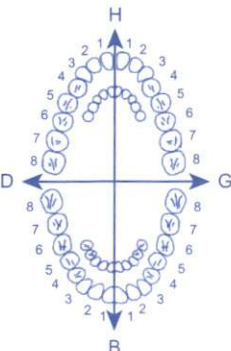
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <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																	
	<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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

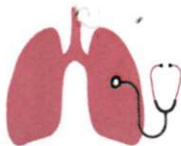
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang

الدكتور عبد العزيز باخطار

استاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم



Casablanca, le

19.09.2023

الدار البيضاء، في

Mr ELYACOUBI MOHAMED

SERETIDE 250 µg/25 µg/dose susp p inhal : FI/120doses

Prendre 2 bouffées le matin et le soir, pendant 4 mois. Se rincer la bouche après usage avec de l'eau

2 - MAZAX 500

8 boîtes

1/2 par jour, pendant 3 mois. un jour oui et un jour non (lundi mercredi et vendredi) x 03 mois

3 - VAXIGRIP susp inj SC IM en ser : Ser préremplie/0,5ml

une inj en sous cutanée au mois d'octobre chaque année

T = 1352,00

Pharmacie des Papillons
36, Rue Jules Grosse, Oasis - Casa
Tél: 05 22 25 69 83

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Centre 1er Etage N°5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24

LOT : 6934
UT. AV : 01-24
P.P.V : 60 DH 00

és

500 mg

armed

comprimés pelliculés

LOT : 3131
PER : 03 - 25
P.P.V : 60 DH 00

arme.

es Pharmaceutiques



Voie orale

comprimés pelliculés

LOT : 6934
UT. AV : 01-24
P.P.V : 60 DH 00

harmeu

es Pharmaceutiques

LOT : 6934
UT. AV : 01-24
P.P.V : 60 DH 00

harmeu

Phr

3 LOT : 6934
UT. AV : 01-24
P.P.V : 60 DH 00

500 mg

LOT : 3131
PER : 03 - 25
P.P.V : 60 DH 00

comprimés pelliculés

500 mg

LOT : 6934
UT. AV : 01-24
P.P.V : 60 DH 00

LOT : 6934
UT. AV : 01-24
P.P.V : 60 DH 00

m

es Pharmaceutiques



Voie

ID: 651908
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

ID: 651908
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

ID: 651908
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876

ID: 651908
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 218,00 DH
6 118001 141876