

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0014588

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1777 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. OMARI NAÏMA

Date de naissance : 23/03/1952

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 61 15 55 74 Total des frais engagés : 672,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06 JAN 2024

Nom et prénom du malade : OMARI Naïma Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL + A + Haps

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 : 06/01/2024 Le : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
06 JAN 2024	C	—	150	09/12/2023 Dr BOUDJALIA Médecin Généraliste CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM Sihem GUERRAOU Docteur en Pharmacie Résidence Annaim Oulfa 022.89.43.09 - Casablanca 092050293	06 01 2024	PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM Sihem GUERRAOU Docteur en Pharmacie 4, Résidence Annaim Oulfa Tél.: 022.89.43.09 - Casablanca T: 672,809H.

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
		AM	PC	IM	IV	

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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

Docteur Latifa BOUDAD

الدكتورة لطيفة بوضاض

Médecine Générale

Diplôme U. en Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Casablanca

الطب العام
دبلوم جامعي في داء السكري
خريجة كلية الطب العام
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 06 JAN 2024 : الدار البيضاء, في :

PHARMACIE RESIDENCE ANNAÏM

Sihem GUERRAOUI

Docteur de Pharmacie

4, P. Résidence Annaïm Duffa

Tél.: 052.91.32.44 - Casablanca

222,00

- Argent 1g (GM)

ASX 3
S8140

EFFIPRED® 20 mg

PPV 58DH40
EXP 05/2024
LOT 14034 6

3 p - 1 se par j

51,60 X 3

- Tardyferon

PHARMACIE RESIDENCE ANNAÏM

Sihem GUERRAOUI

Docteur de Pharmacie

4, P. Résidence Annaïm Duffa

Tél.: 052.91.32.44 - Casablanca

8620
45,00 X 21
2019 X 1
45,00 X 51

Lot. Annaïm, Imm A20, App. 3 - El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

6 118001 100620

TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés
Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca
Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable
PPV : 51.60 DH

A20, تجزئة النعيم, شقة 3 - الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 91 32 44 - المحمول : 06 66 26 70 60

67,20
- Eryfluid lotion (SV)

38,70
- Calcibronat (SV)
NVT

T. 672,809/H

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM
Sihem EL FRAOUI
Dortel
4, Rue
Tél.: 022.89.44.09 - Casablanca

Dr BOUDAD Latifa
Médecin Général
Lot Annam Immi 400 m² 3 Oulfa
CASABLANCA Tél: 05 21 91 32 1

ERYFLUID 4%
LOTION FL 100 ML
P.P.V : 67DH20
6 118000 010630

PPV 38DH70
EXP 04/2024
LOT 12049
Calcibronat® 2 g
20 COMPRIMES EFFERVESCENTS

SIRDALUD® 4 mg
Comprimés sécables
PPV : 86.70 DH
3 118001 030293

COMPOSITION :

acétover _____ 5 g

Excipients à effet notoire: Alcool cétystyrilique,
Propylène glycol et Laurylsulfate de sodium.

LIRE LA NOTICE AVANT UTILISATION

TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES
ENFANTS.

VOIE CUTANEE

**NE PAS APPLIQUER SUR L'OEIL, A L'INTERIEUR
DE LA BOUCHE ET A L'INTERIEUR DU VAGIN.**

NE PAS AVALER.

NE PAS REFRIGERER.

A conserver à une température ne dépassant
pas +25°C.

Zovirax 5%
Aciclovir

crème

tube de 2 g



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 45,00 DH
ID: 651125
6 118001 141548

Titulaire d'AMM:
GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda-Région de
Rabat.
Fabricant: Glaxo
Operations UK Limited,
Barnard Castle, Royaume
Un