

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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

19372

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034279

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 093152

Société :

RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAHIDY Bouabid

Date de naissance :

11/02/1968

Adresse :

113 Al Omar Rifi Esc 5 Apt 20 Casablanca

Tél. :

0626307908

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23/11/2024

Age :

Nom et prénom du malade :

Rouaidy Zahid Bouabid

Lien de parenté :

À Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Balala

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 23/11/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

M23- N° 0034279

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 :

## 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
24/11/2014	Permanence		200.000	 <b>Dr. OUKHLEF HAFID</b> d'Etat en Médecine Gén. à la clinique Casablanca le 24/11/2014

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie REGIONALE</b> <b>TAZI Adnane</b> 80, Bd. de la Liberté Casablanca Tel. 10922 31 33 94 <b>00050044</b>	23/07/2011	288,30

INP 092050211

## 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.

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hafid OUKHLIFT

EX. MEDECIN CHEF DES F.A.R

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
ET EUROPÉENNE DE CARDIOLOGIE

MEMBRE AFFILIÉ À LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

CERTIFICAT DE LA FEDERATION

INTERNATIONAL DU DIABETE ET DE U.E.M.S.

ECHOGRAPHE

HOLTER TENTIONNEL

ECG

الدكتور حفيظ أوكيليف

طبيب رئيس سابق بالقوات المسلحة الملكية

عضو منتمي للجمعية الفرنسية

والأوروبية لأمراض القلب

عضو منتمي للجمعية الفرنسية لضغط الشريان

شهادة من الجامعة الدولية لداء السكري والإنجاد

الأوروبي للأطباء الأذربيجانيين

الكشف بالصدى (إكوجرافيا)

هولتير الضغط الدموي

تخطيط القلب

Casablanca, le .....  
23 Jan 2024

Boulevard Zayane

MYCOSTER 1%  
CREME T30G  
P.P.V : 45DH20  
01/2026  
01/2026  
118000 011118

126.30 - ملخص ملخص  
22.70x2 - ملخص ملخص  
35.70x2 - ملخص ملخص

INP 092050244  
Pharmacie REGIONALE  
TAZI Adnane  
80, Bd. de la Liberte  
Tel. 49522 37 33 92  
CABINET MEDICAL  
Dr. HAFID OUKHLIFT  
35, d'Elstetine Benjdia Gte  
3d. d'Alsace Casablanca  
Tel. 05 22 30 26 23

شارع الألزاس، الرقم 58، الطابق الثاني، بنجدة، قرب سوق بنجدة • الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 30 26 23  
58, Bd d'Alsace, 2ème étage, Benjdia près du Marché • Casablanca • Tél.: 05 22 30 26 23

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نحو ملحوظ

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلية فارما ٥  
ياسمين لحلوى صيدلي مسؤول

PHARMA 5 LOT : 7968  
UT.AV : 10-26  
PPV:22DH70

حالات نزلة برد - زكام

حمى - سيلان الأنف

تشنجات عضلية - ارتعاش و تبرد

نحو ملحوظ

مسحوق لتحضير الشراب

أكياس 10

مختبرات الصيدلية فارما ٥  
ياسمين لحلوى صيدلي مسؤول

PHARMA 5 LOT : 7968  
UT.AV : 10-26  
PPV:22DH70

**Alprazolam**

0,5 mg

## 28 Comprimés sécables Voie orale



DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
13	14	15	16

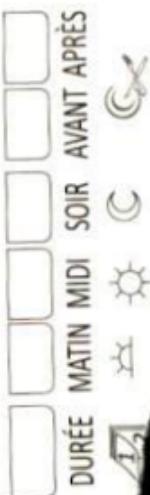


# Alpraz<sup>®</sup>

Alprazolam

0,5 mg

28 comprimés sécables  
Voie orale



LOT 230.01-1  
EXP 2025  
35.70

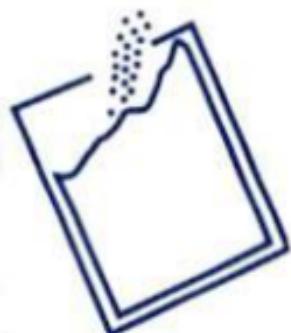


سوطاما  
Sotema



buvable en sachet  
poudre pour suspension

1g /125 mg



# AUGMENTIN

AMOXICILLINE - ACIDE CLAVULANIQUE

# AUGMENTIN 1g/125 mg sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس...مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU : 126,30 DH

LOT : 652139

PER : 04/25

