

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.

M22- 0038892

203563

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [a]

Matricule :

01928

Société :

R A M .

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZAGHLLOUL MOHAMMED

Date de naissance :

14-10-56

Adresse :

LOTISSEMENT AZZAMONIA LOT 445

Tél. : 06 61187641

Total des frais engagés : 346,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/03/24

Nom et prénom du malade : ZAGHLLOUL MOHAMMED

Age : 68

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HTA Diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

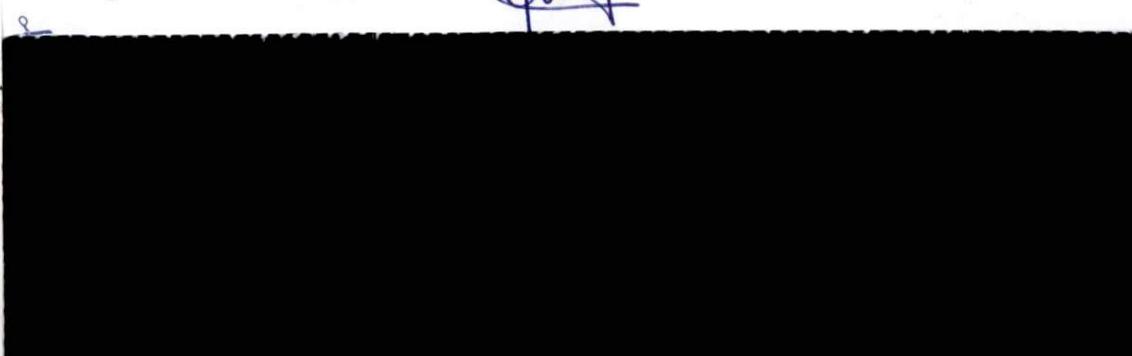
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CACAB

Le : 10/04/24

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 01.03.24 | | Q | 204,- Professeur Driss JAMIL et de Maladies du Foie de l'Appareil Digestif Bd d'Anfa - Casablanca 29452 62 / 052 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| P HARMACIE HYPER SABIS 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tél: 05.22.94.43.30 | 15/03/24 | 316.90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

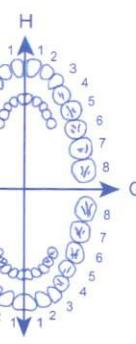
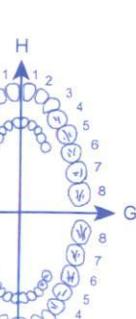
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 B 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | | Coefficient des travaux |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil
Hepatologie & Gastroenterologie

البروفيسور دريس جميل
أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 05/03/2024 الدار البيضاء في

MR ZAGHLOUL MOHAMED

PER.:02
LOT:23E03
2026

RELAXOL 500MG/2MG
CP.B20

P.P.V:53DH10



5 118000 060833

- 53.10 • Relaxol 500 mg /2mg - comprimé
1 Comprimés , matin midi et soir , après les repas, pendant 8 jours
- 18.40x2 • Apazide 200 mg - gélule
2 Gélules, matin et soir pendant 5 jours
- 38.30x2 • TIDAZ 500mg - comprimé
1 comprimé, matin, soir, après les repas, pendant 10jours
- 48.00 • Hemoreine - crème
1 dose, matin, soir, pendant 8jours
- 22.90 • Loperium 2 mg - gélule
2 Gélule, matin, pendant 6j
- 79.50 • CANDIDAX - Soluble
1 application 2/j

PHARMACIE HYPER SARL AU
25, Rue Ali Abderrazak
Casablanca
Tél: 05.22.94.45.30

Professeur Driss JAMIL
Maladies du Foie
et de l'Appareil Digestif
201, Bd d'Anfa - Casablanca
Tél: 05.22.94.62.62 / 0522.94.61.61

LOT : 00230047A
EXP : 08/2026

TIDAZ 500mg
Comprimé B10
38DH30

تیداز

سی دی



عن طريق الماء

تیداز

(أورنيدازول)

500
مليغرام



Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10



6 118000 440420

10
أقراص مغلفة

LOT : 00230047A
EXP : 08/2026

TIDAZ 500mg
Comprimé B10
38DH30

تیداز

سی دی



عن طريق الماء



500
مليغرام

Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10



10
أقراص مغلفة

APAZIDE®

Nifuroxazide

®

200

Adultes



16 gélules

Voie orale

APAZIDE® 200 mg

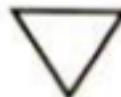
Nifuroxazide

16 gélules

6 118000 040064

DottU^{s.a}
nas, Aïn Sebâa - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



V 180 H 40
E 12125
P M4474
L

APAZIDE®

Nifuroxazide

®

200

Adultes



16 gélules

Voie orale

APAZIDE® 200 mg

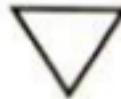
Nifuroxazide

16 gélules

6 118000 040064

DottU^{s.a}
nas, Aïn Sebâa - Casablanca

S.Bachouchi - Pharmacien Responsable



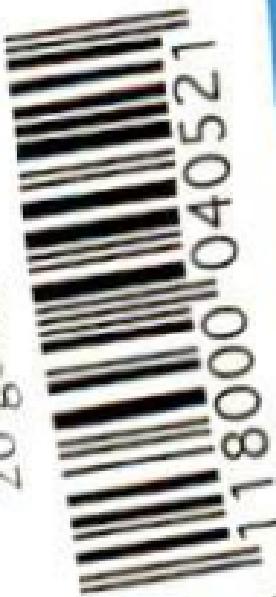
V 180H40
E 12125
P M4474
L

LOPERIUM® 2 mg

Chlorhydrate de Lopéramide

Dix LOPERIUM® 2 mg
Lopéramide

20 gélules



6 118000040521

PPV: 22DH90
PER: 11/26
LOT: M4042