

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0038892

203563

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 01328 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAGHLOUL NOHAMMED

Date de naissance : 14-10-16

Adresse : LOTISSEMENT AZ LAMONA LOT 445 ELISA

Tél : 06 61187641 Total des frais engagés : 316,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/24

Nom et prénom du malade : ZAGHLOUL NOHAMMED

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

Nature de la maladie : M1 Digestif

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 : ELISA Le : 04/24

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
01.03.24		9		

01.03.24 9

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER SABA 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tél: 05.22.94.43.30	03/24	316.90

PHARMACIE HYPER SABLEAU 25, Rue Ali Abderrazak Casablanca Tel: 05.22.94.43.30	5/03/24	316.90
--	---------	--------

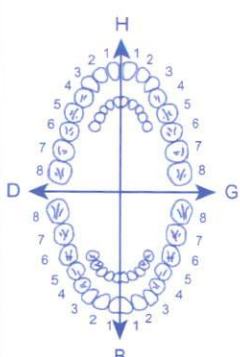
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

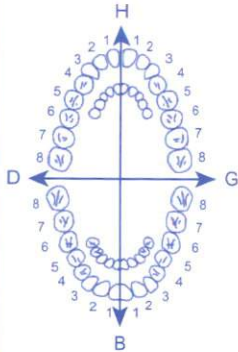
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 60%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					Coefficient DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Driss Jamil

Hépatologie & Gastroentérologie

البروفيسور إدريس جميل

أمراض الكبد والجهاز الهضمي

Casablanca, le 05/03/2024 في الدار البيضاء

MR ZAGHLOUL MOHAMED

LOT : 23E003
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
118000060833

- 5310 • Relaxol 500 mg /2mg - comprimé
1 Comprimés , matin midi et soir , après les repas, pendant 8 jours
- 1840x2 • 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 Al-Abderrazak
Casablanca
Tél: 05.22.94.43.30

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 : 0230047A
PER : 08/2026
PVC : 10/2026

TIDAZ 500mg
Comprimé B10
38DH30



عن طریق الفم

تیداز
(آورنیدازول)

500
ملیگرام

10
أقراص مغلفة

Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10



LOT : 0230047A
PER : 08/2026
PVC : 10/2026

TIDAZ 500mg
Comprimé B10
38DH30



عن طريق الفم

تيداز
(أورنيديازول)

500
مليغرام

10
أقراص مغلفة

Tidaz® 500 mg
comprimés pelliculés - Boîte de 10



APAZIDE®

Nifuroxazide

APAZIDE® 200 mg 

Nifuroxazide

16 gélules



6 118000 040064

Voie orale

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

DOITU s.a
S. Bachouchi, Aïn Sebâa - Casablanca

200

Adultes



16 gélules

PPV 180H40
PER 12/26
LOT M4474



APAZIDE®

Nifuroxazide

APAZIDE® 200 mg 

Nifuroxazide

16 gélules



6 118000 040064

Voie orale

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

DOITU s.a
S. Bachouchi, Aïn Sebâa - Casablanca

200

Adultes



16 gélules

PPV 180H40
PER 12/26
LOT M4474



LOPERIUM® 2 mg

Chlorhydrate de Lopéramide

LOPERIUM® 2 mg 
Lopéramide
20 gélules



6 118000 040521

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