

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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 : N° P19-0017076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2088 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZENASNI Mohamed Date de naissance : 09/06/1944
Adresse : 193 Bd Ghandi Res. TITANE Apt 11 CASA
Tél. : 06 5145 7781 Total des frais engagés : C2 + 450,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Glande apath

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 : 152, Bd P. R. H. 101 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

152, Bd P. R. H. 101 / 09 / 2019
Tél. : 05 22 22 78 18

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
05/09/19			400	

EXECUTION DES HONORAIRES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/09/19	162,20
	05/09/19	180,30
	06/09/19	108,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

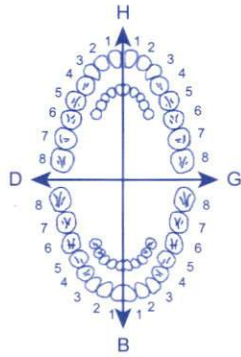
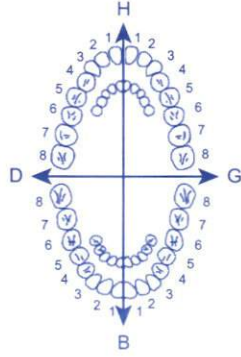
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient															
					Coefficient DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CœFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><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
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
Ancien Enseignant Faculté de Médecine
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)
Ancien assistant F.F.
Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)
Sur Rendez-vous

الدكتور الزوبر الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم
أنكولوجيا الأطفال
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
مساعد سابقا
بمركز كوستاف روسي
(فيل جوييف - فرنسا)
بالموعد

15/09/2019

700 mg po

D-CURE :

56,30 x 2

49,60

-25 000 286

-Forte 286

1 ampoule dans ½ verre de lait

- A prendre au milieu d'un repas.
- S'exposer, si possible, 5 a 10 min au soleil.

162,20

1 fois tous les 15 jours pendant 4 أسابيع

Puis 1 fois par mois pendant 3 أسابيع

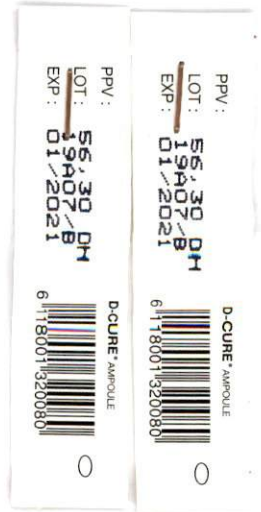
(Fait)

PHARMACIE
Dr. Zoubir CHOUFFAI
152, Bd Ba hmad - Casablanca
Tél : 05 22 26 31 61 / 05 22 39 34 31

الدكتور الزوبر الشفاعي
Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba hmad - CASABLANCA
Tél : 05 22 26 31 61 / 05 22 39 34 31

0522 40.40.70 : الفاكس : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 : الهاتف : 152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70

En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37



ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

Docteur Zoubir CHOUFFAI

HEMATOLOGISTE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
Ancien Enseignant Faculté de Médecine
et C.H.U Ibn Rochd (Casablanca)
Ancien assistant F.F.
Institut Gustave Roussy (Villejuif - France)
Sur Rendez-vous

الدكتور الزوبر الشفاعي

إختصاصي في أمراض الدم
أنتكولوجيا الأطفال
أستاذ مساعد سابقا بكلية الطب
والمركز الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
مساعد سابقا
بمعهد كوستاف روسي
(فيل جويف - فرنسا)
بالموعد

5/1



ZYLORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DMP21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA
6 118000 022275

43,20

LOT: 14219004
PER: 05-2023
PPU: 26,20 DH
LOT: 14219004
PER: 05-2023
PPU: 26,20 DH

LOT: 14219004
PER: 05-2023
PPU: 26,20 DH

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
51 Bis - Boulevard Ba Hmad - Casablanca
Tél: 0522 39.69.39 / 0522 39.69.34

الدكتور الزوبر الشفاعي
Docteur Zoubir CHOUFFAI
HEMATOLOGIE
ONCOLOGIE PEDIATRIQUE
152, Bd Ba Hmad - CASABLANCA
Tél.: 05.22.24.81.61 / 63 - Fax: 05.22.40.40.70

ONCOLOGIE
PEDIATRIQUE
HEMATOLOGIE

152 شارع باحماد - بلقدير - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 24.81.61/63 - 05 22 24.37.41/43 - الفاكس : 0522 40.40.70
152, Boulevard Ba hmad - Belvédère - Casablanca - Tél. : 022 24.81.61/63 - 0522 24.37.41/43 - Fax : 05 22 40.40.70
En Cas d'Urgence : Clinique Val d'Anfa - Tél. : 05 22 39.69.39 / 06 61 33.74.37

** PHARMACIE HIBA **

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tél: 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte :

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°5111603

ICE : 001616420000064

Le : 06/09/2019

ZENASNI MOHAMED

Me 2088

FACTURE : 3320 du : 06/09/2019

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	LARMABAK COLLYRE	54,10	108,20	7,00%

Total TTC 108,20
Droits de timbre 0.00
Net à payer 108,20

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT HUIT DIRHAMS ET VINGT CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	101,12	7,08	108,20
		101,12	7,08	108,20

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Raha, Rue Banafsa
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 39 34 34 / 0522 39 34 34