

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 080863

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11589 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : El Amine Sifa
Date de naissance : 14.08.1977
Adresse : 17, Rue Abov ishak Apt 5 et 2
Tél. : 066121389 Total des frais engagés : 344,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 25/11/2022
Nom et prénom du malade : El Amine Sifa Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Conclig
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 : CASA BLANCA Le : 25/11/2022
Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.11.22	344,50
	28.11.22	126,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

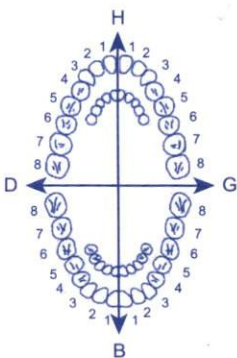
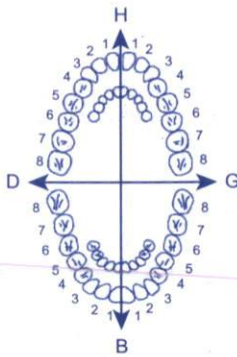
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	H																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	B																	
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Nom et Prénom du Patient

Age :

Date :

1 - ~~Plaquenil 200 mg cp~~

1cp x 2/j pdt 7 jours

2 - ~~Azi~~

1cp J1 et 1/2 cp J2 à J7

3 - Bacilac forte

1 gélule/j

4 - Vitamine C 1000 mg cp

1cp x 2/j pendant ... jours

5 - Cardioaspirine 100 mg ou équivalent

1cp/j pendant jours

6 - Zinaskin 16 mg cp équivalent

1 cp x 2/j pendant ... jours

7 - ~~Prazol 20 mg~~

1 gélule/j le matin jours

En cas de fièvre ou maux de tête

▪ Doliprane 1000 mg

1cp x 2/j

En cas de toux

▪ Stodal sirop

1 càs 3/j

 PPV: 126,30 DH
 LOT: 650625
 PER: 07/24

Fitaran spray

79,90

Fitaran sirop

1cp x 2/j

10,60

Doliprane

1cp x 2/j

49,60

Doliprane

1cp x 2/j

Après le repas

344,50

 Dr EL KADRI EL ARCHE
 Médecin Généraliste
 CHP Moulay Youssef

A base d'actifs naturels



Calme l'irritation

Lot: 220501
DLUO: 06/2025
83,00 DH

ZINASKIN® 45 mg

PRV 400H90 EXP 12/2024
LOT 18066 36

20 comprimés effervescents

Vita C1000®

PRV 26DH90 EXP 07/2025
LOT 28031 9

Intelicaps®

TECHNOLOGY

1000 x plus de bonnes bactéries vivantes*

Bacilac® forte

L. rhamnosus GG - Bb lactis

30 gélules végétales de 265 mg

Bacilac Forte est un probiotique qui contient deux types de bactéries naturellement présentes dans la flore intestinale.

Bacilac Forte favorise une bonne digestion et stimule notre flore intestinale après une thérapie prolongée d'antibiotiques.

Bacilac Forte est recommandé dans tous les cas où la flore intestinale a besoin d'un coup de pouce : ballonnements, flatulence, selles molles...

Fabricant : Sigmar Italia S.p.A

Via Sombreno 11

24011 Almé (BG) Italie

PPC : 137 DH 00


VÉSALE PHARMA
Microbiotic Solutions

Rue Louis Albert, 9 - 5310 Nivelle, Belgique

Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 22H22
EXP: 08/2025



Casablanca le : 25/11/2022

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr

DR EL KALLOLI EL ARCHE
Médecin Généraliste
CHP Moulay Youssef
L. Hame EL Amine

Avoir pris en charge M

Testé (e) covid19-- positif le 25/11/2022

Qui doit prendre son traitement sept jours et rester confiné(e) pour
une durée de ~~quatorze~~ jours à compter de ce jour 25/11/2022

07/12

Certificat remis à l'intéressé (e) pour servir et faire valoir ce que de droit

SIGNATURE

DR EL KALLOLI EL ARCHE
Médecin Généraliste
CHP Moulay Youssef