

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Malade

N° W19-534403

ND: 43829

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2305 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MURAZIZ Naima

Date de naissance : 16/6/1959

Adresse : Habituelle

Tél. : 066366454 Total des frais engagés : 814,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : affection mammaire

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

CSY

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.

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
18/09/20		CS	522,00	INP : 091003004

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie MERCURE Selma TAZI Docteur en Pharmacie 2, Rue Al Wazoud Casa tel: 05222 9794	18/09/20	314,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

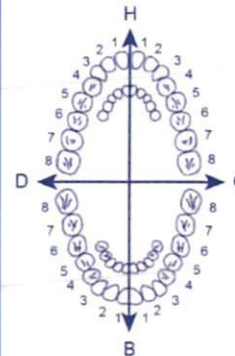
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

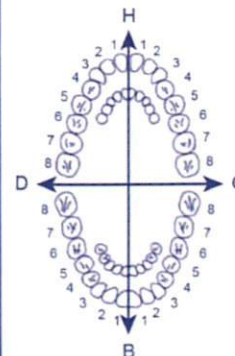
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCOEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE

Docteur Adnane AFIFI

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE

GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE

CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU SEIN

Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux R.S de Nantes

Ancien Médecin Attaché au C.H.U. d'Angers

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

18/04/2020
Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yaala El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél: 05 22 364 354 - Fax: 05 22 364 355 - www.drafi.ma

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yaala El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél: 05 22 364 354 - Fax: 05 22 364 355 - www.drafi.ma

Mme Nouraziz NAITTA

192,00

1/12/OSTACINE 500 :

2 comprimés matin et soir pour 6 jours
(2 Meites)



122,70

2/DAFLO N 500 :

2 comprimés matin et soir



tot 16 jours à 15 jours (2 Meites)

TOT = 314,70

Dr Adnane AFIFI
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE
8, rue Ibnou Yaala El Ifrani
CASABLANCA - (Quartier Racine)
Tél: 05 22 364 354 - Fax: 05 22 364 355 - www.drafi.ma

Pharmacie MERCURE
Selma TAZI
Docteur
en Pharmacie
05 22 27 46 26
05 22 27 46 26

8, Rue Ibn Yaala El Ifrani - Angle Bd. El Massira, Résidence Naima - Quartier Racine

Tél. 05 22 364 354 - Tél/Fax. 05 22 364 355 - Casablanca - www.drafi.ma

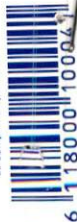
100000

داफलون 500[®] ملغ
30 قرصا ملبسا



Les Laboratoires Servier - France
SERVIER MAROC
Imm. ZEVAO, Lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

daflon[®] 500 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

Excipients: quantité suffisante pour un comprimé pelliculé.
Excipient à effet notoire : amidon de blé (gluten).
A conserver à une température ne dépassant pas 30° C.
TENIR HORS DE LA PORTEE ET DE LA VUE DES ENFANTS.
Médicament autorisé n°3400931358589

.....500 mg
for one film-coated tablet.
Excipients: quantity sufficient for one film-coated tablet.
Excipient with a known effect: wheat starch (gluten).
Store at a temperature no higher than 30° C.
KEEP OUT OF THE REACH AND SIGHT OF CHILDREN.
Authorized medicine n°3400931358589



3 582910 071846

sanofi-aventis France

1-13, boulevard Romain Rolland
75014 Paris - France

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
Pyostacine 500mg, cp b 16
P.P.V : 192,00 DH



6 118000 061717

Fabricant / Manufacturer / المصنع
FAMAR HEALTH CARE SERVICES MADRID, S.A.U.
Avenida de Leganés, 62
28923 Alcorcon (Madrid) - Espagne / Spain

Uniquement sur ordonnance - Liste I
Prescription only medicine - List I
دواء يُصرف بامتناع على وصفة طبية - قائمة I
Lire attentivement la notice avant utilisation
Read carefully the package insert before use
اقرأ النشرة بدقة قبل الاستخدام

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
USE THE DOSE AS PRESCRIBED
الربط الدقيق بالجرعات الموصوفة