

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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.

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° M20- 0007540

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

55486

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10483 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZEGLAT MOKHTAR
Date de naissance : 01/07/1953
Adresse : Mafofa - Résidence Hossana - Rue n°10 -
Ap 34 étage 2 - Hay Hossana Casablanca
Tél. : 0661303336 Total des frais engagés : 579,50 + 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 31 DEC 2024
Nom et prénom du malade : ZEGLAT Mokhtar
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Maladie chronique
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 : 14/01/2025

Le : 14/01/2025

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
	31/12/2020	579,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

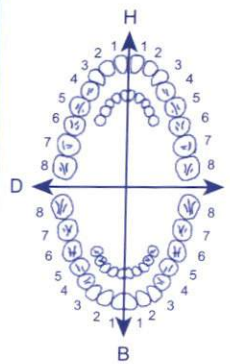
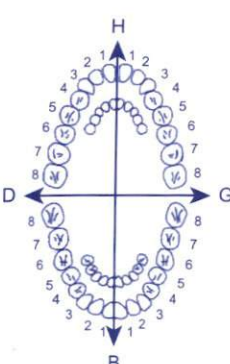
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 31 DEC 2020 : الدار البيضاء، في :

1. 106.80 x5
(534.00) / Maxou Tg
2. 45.10
Caftan 50
19 x 3/4 apr
579.10

PHARMACIE POLYCLINIQUE
Dr. T. Abdelaziz
58, Route Moulay Thami Hay Hassani
Tél: 05 22 90 21 67 / Cas

دكتور سعيد الغزولي
شبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60، طريق مولاي التهامي
(قرب م. مستشفى الحي الحسني)
مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
تلف: 05 22 90 70 88 - الفاكس: 05 22 90 97 66

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

1 7

Cataflam® 50mg

Diclofénac potassium


Voie orale

Composition :

Diclofénac potassium 50 mg
Excipients q.s.p une dragée

Licence et Marque :

Novartis Pharma Schweiz AG, Suisse

 **NOVARTIS**

Anti-inflammatoire, Analgésique.

20 Dragées à 50 mg

LOT: M19123
EXP: POU 2022
PPV: 45,50 DH



ACN0036-08

احترم المقادير المرسوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

Conserver à l'abri de l'humidité et de la chaleur
Les médicaments doivent être tenus hors de la portée
des enfants.

Fabriqué sous licence par
NOVARTIS Pharma Maroc
Dounia Tadmou, Pharmacien Responsable

CONCO

كطفلام® 50^م ملغ

Cataflam® 50mg ○
20 dragées



6 118000 220053

علاج ضد الآلام و الالتهابات.

20 قرصا من 50 مغ

Cataflam® 50 mg
20 Dragées à 50 mg



TRIAXON®

Céftriaxone I.M.

Cette présentation contient
de la lidocaïne : ne pas
injecter par voie I.V.

Voie I.M.

Ne laisser ni à la portée ni à la
vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

Conserver à une température ne
dépassant pas 30°C

يحفظ تحت حرارة لا تتعدى 30 درجة

Avant toute utilisation,
lire attentivement la notice

قبل أي استعمال انظر النشرة

Après reconstitution, une
utilisation immédiate est
recommandée. Toutefois, elle peut
être conservée pendant 6 heures à
une température inférieure à 25°C.

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ/3,5 مل
عبر العضل



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة صلاحية
صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: P-10-2
PER: 09-2022
PPV: 106,80DH

TRIAXON®

Céftriaxone I.M.

Cette présentation contient
de la lidocaïne : ne pas
injecter par voie I.V.

Voie I.M.

Ne laisser ni à la portée ni à la
vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

Conserver à une température ne
dépassant pas 30°C

يحفظ تحت حرارة لا تتعدى 30 درجة

Avant toute utilisation,
lire attentivement la notice

قبل أي استعمال انظر النشرة

Après reconstitution, une
utilisation immédiate est
recommandée. Toutefois, elle peut
être conservée pendant 6 heures à
une température inférieure à 25°C.

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ/3,5 مل
عبر العضل



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة صلاحية
صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: P-10-2
PER: 09-2022
PPV: 106,80DH

TRIAXON®

Céftriaxone I.M.

Cette présentation contient
de la lidocaïne : ne pas
injecter par voie I.V.

Voie I.M.

Ne laisser ni à la portée ni à la
vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

Conserver à une température ne
dépassant pas 30°C

يحفظ تحت حرارة لا تتعدى 30 درجة

Avant toute utilisation,
lire attentivement la notice

قبل أي استعمال انظر النشرة

Après reconstitution, une
utilisation immédiate est
recommandée. Toutefois, elle peut
être conservée pendant 6 heures à
une température inférieure à 25°C.

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ/3,5 مل
عبر العضل



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة صلاحية
صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: P-10-2
PER: 09-2022
PPV: 106,80DH

TRIAXON®

Céftriaxone I.M.

Cette présentation contient
de la lidocaïne : ne pas
injecter par voie I.V.

Voie I.M.

Ne laisser ni à la portée ni à la
vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

Conserver à une température ne
dépassant pas 30°C

يحفظ تحت حرارة لا تتعدى 30 درجة

Avant toute utilisation,
lire attentivement la notice

قبل أي استعمال انظر النشرة

Après reconstitution, une
utilisation immédiate est
recommandée. Toutefois, elle peut
être conservée pendant 6 heures à
une température inférieure à 25°C.

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ/3,5 مل
عبر العضل



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة صلاحية
صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: P-10-2
PER: 09-2022
PPV: 106,80DH

TRIAXON®

Céftriaxone I.M.

Cette présentation contient
de la lidocaïne : ne pas
injecter par voie I.V.

Voie I.M.

Ne laisser ni à la portée ni à la
vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال

Conserver à une température ne
dépassant pas 30°C

يحفظ تحت حرارة لا تتعدى 30 درجة

Avant toute utilisation,
lire attentivement la notice

قبل أي استعمال انظر النشرة

Après reconstitution, une
utilisation immédiate est
recommandée. Toutefois, elle peut
être conservée pendant 6 heures à
une température inférieure à 25°C.

ترياكسون

سفترياكسون عبر العضل

1 غ/3,5 مل
عبر العضل



1 قارورة من المسحوق
+ 1 محلول للحقن

مدة صلاحية
صباح زوال مساء

TRIAXON® I.M.
1g/3,5ml

Flacon de poudre + ampoule de solvant



COOPER
PHARMA

LOT: P-10-2
PER: 09-2022
PPV: 106,80DH