

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° M21- 0034093

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3486 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GOUAZ MOHAMED
 Date de naissance :
 Adresse : HABIT
 Tél. : 0664387993 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10 Janv 2023
 Nom et prénom du malade : AYOUB KATIHA Age : 1960
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Gastroptrie + Asthénie
 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 : Dera Le : 10 Janv 2023
 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
10 Janv 2023	Q	-	150,00	
10 7 JAN 2023	Consulte	-	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-01-23	240,60
	17-01-23	115,60

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

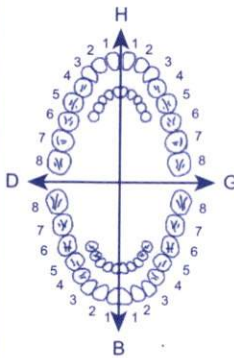
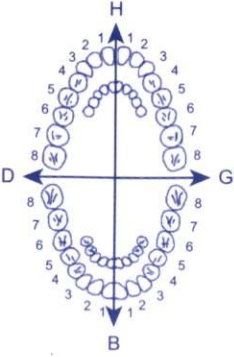
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sanaa MHARZI



Médecine Générale
Diplômée de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplôme Universitaire en Diabétologie
Diplôme Universitaire de Nutrition
et Thérapeutiques Métaboliques
Suivi de Grossesse
ECHOGRAPHIE

الدكتورة سناء محرزى

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
دبلوم جامعي في أمراض السكري
دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض
متابعة الحمل
الفحص بالمصدى

Date :

1 0 JAN 2023

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste
Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua
DAR SAADA DEROUA
Tél : 05 22 51 46 49

Am Ayout FATIM

122,80

10/ Esal 40
1ge

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BELLOUN
Imm. 94, Lot N°4 DEROUA
Tél : 05 22 51 47 07

S.V

23,60

Banquet Inositol

1ge

S.V

S.V

41,90

Trimedat Bochet

48,70

1 Bochet

x 2 1/2 ge B

S.V

Urimag Bo

1 Sep x 2

240,60

PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BELLOUN
Imm. 94, Lot N°4 DEROUA
Tél : 05 22 51 47 07

Dr. Sanaa MHARZI
Médecin Généraliste
Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua
DAR SAADA DEROUA
Tél : 05 22 51 46 49

عمارة 2 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة
Imm B 9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.
Tél. : 05 22 51 46 49

48170

LOT 22027
EXP 06/24
LOT 26013



122/80

BOURGET INOSITOL®

PPV 23DH20
EXP 06/2025
LOT 26013 3

LOT : 8199
UT. AV : 04-27
P.P.V : 45 DH 90

2.1/2025
10/2025
10/2025

V.C.

2

10/2025
10/2025
10/2025

ORDONNANCE

Dr. Sanaa MHARZI
 Médecin Généraliste
 Imm. 89 N°2 Inanc Deroua
 DEROUA - TEL: 05 22 51 46 49

Déroua le **17 JAN 2023**

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BELLOUN
 Imm. 94, Lot 84 N°1 DEROUA
 TEL: 05 22 51 47 07

Agout FATIMA

57.80

TORVA 10mg

1g 1g le soir p₁₂m



T: 115.60

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BELLOUN
 Imm. 94, Lot 84 N°1 DEROUA
 TEL: 05 22 51 47 07

Dr. Sanaa M
 Médecin G^é
 Imm. 89 N°2 Inanc Deroua
 DEROUA - TEL: 05 22 51 46 49

LOT : 1104
 PER : 03/24
 PPV : 57,80 DH

LOT : 1104
 PER : 03/24
 PPV : 57,80 DH