

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° W21-785804

150481

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11098 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DOU NASR Hasna

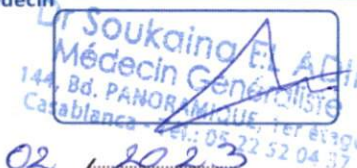
Date de naissance : 20-01-71

Adresse : N° 9 Rue 8 Miaman California Casa

Tél. : 064204 80 37 Total des frais engagés : 150 + 258 80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/02/2023

Nom et prénom du malade : M. Boumarr Hasna

Age : 52

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Anxiété

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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 22/02/2023

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
16/04/23	5	01	15000	INP 091247890

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Haddou, No 36 Bis Bd. Ouled Haddou Hay Krimat - CASABLANCA Tel: 06 22 50 60 26	16/04/23	25880

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
		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 de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			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"/>														
	<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	
	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														

Dr Soukaina EL ADIB

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Echographie Générale

Suivi de Grossesse

Cupping Therapy

Suivi des Maladies Chroniques

Electrocardiographie

Examen d'Aptitude du Permis de Conduire



الدكتورة سكيانة الأديب

خريجة كلية الطب

بالدار البيضاء

الطب العام

الفحص بالصدى

متابعة الحمل

الحجامة الطبية

Casablanca le: 16/02/2025

Lot :

À consommer de
préférence avant l

PPC : 84,50 DH

NEOVIMAG[®]
PLUS

LOT : NP06
EXP : 05/25

MEDIPRO
PHARMA

Mme Boumar Halima

84,50

1/ Neovimag plus

15,30 1 gel x 2/5

4 vita c 1000mg

14,60 1 g 1/5

3/ Doliprane 1000mg

36,00 1 g x 3/5

4/ 0,1 g x 1/5

51,20 2/5 x 1/5

5/ 500

6/ 1 g x 1/5

7/ 1 g x 1/5

8/ 1 g x 1/5

Dr Soukaina EL ADIB
Médicine Générale
44, Bd. PANORAMIQUE
CASA BLANCA
Tél: 05 22 50 60 26

PHARMACIE BOULEVARD
OULED HADDOU
Bd. Ouled Haddou, N° 39, Bis
Hay Krimet - CASABLANCA
Tél: 05 22 50 60 26

Vita C 1000[®]

PPV 15DH30
EXP 12/2025
LOT 2N053 4

PPV 14,60 DH 60
PER 10/25
LOT L3697

Lot N° :

EXP :

PPV :

36DH

LOT : 028
PER : FEV 2025
PPV : 51 DH 40

دواعي الإستعمال والمقادير

Maphar
Bd Alkimia N° 6, 21,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Gyno-pevaryl ovules gyn B3
P.P.V. : 57,00 DH

ع المنظر العام الطابق 1 قرب صيدلية المنظر العام الدار البيضاء
114, Bd Panoramique, 1er étage. (Prés de Pharmacia Panoramique)

الهاتف: 05 22 52 04 37