

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

- 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- 0033485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7971 Société : 15-1311
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ASSAN K Radja
Date de naissance : 1950
Adresse : 82 HAY ELNASSIRA
Tél. : 0610301898 Total des frais engagés : +433,20# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr.ZOUBEIR NADIA
Cardiologue
N°6 Bd CHOHADA Qté MIFTAH
En face de l'Hôpital Régional Beni Mellal
N°DE 12122182

Date de consultation : 24/02/2023
Nom et prénom du malade : ASSAN K Radja Age : 73ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 24/02/2023 Le : 24/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
24/02/23	S		200,00	Dr. ZOUBEK Cardiologue N°6 Bd CHOADA 06 M. H. H. H. En face de l'Hôpital Régional Beni Mellal INPE 121182182

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHIFA Dr. Rachid KSIRI 7 Av Hassan II El Massira Oulad - Tel: 06 49 52 INP 062018981	24/02/23	183,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

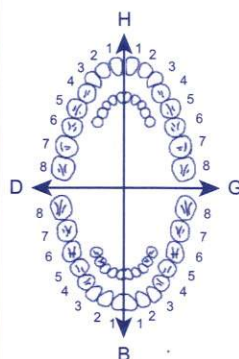
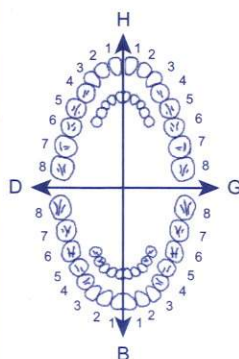
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZOUBEIR Nadia

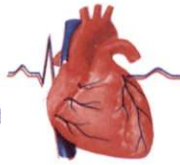
Cardiologue

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien interne à l'hôpital la Timone Marseille France

Diplômée d'échocardiographie de l'université bordeaux France

Ancien cardiologue à l'hôpital régional Béni Mellal



الدكتورة زبير نادية

طبيبة اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي بمرسيليا (فرنسا)

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى بجامعة بوردو (فرنسا)

اختصاصية سابقا بمصلحة القلب و الشرايين بالمستشفى الجهوي بني ملال

باسم المستشفى : 24/02/2025

ASSAM

10+1000A

30,10x2

1- Der de x 18

27,00x2

2- A T W T A R

69,00

3-

183,20

Kalman

1-00

PHARMACIE CHIFA
517, Av Rachid KSIRI
Boulevard - Tel : 05 23 41 40 65

DR. ZOUBEIR NADIA
Cardiologue
116 Bd CHOUADA Qd MITHAH
Ecole de l'Hôpital régional Béni Mellal
N° de 121182182

رقم 6 شارع الشهداء حي مفتاح، أمام الباب الرئيسي للمستشفى الجهوي بني ملال

Fixe : 05 23 48 41 42 whatsapp : 07 00 10 00 48

30,10

30,10

meil
LOT: 220562
DLUO: 07/2025
69,00DH
Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

27,00
LOT: 09921029
PER: 05/2026
PPV: 27.00 DH

27,00
LOT: 09922028
PER: 05/2027
PPV: 27.00 DH