

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

- 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° M21- 0034879

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472

Société : 156635

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HASSAN FILALI ANSARY

Date de naissance : 1942

Adresse : 02 rue de Foucauld Apt 26

Tél. : 0661 69 4998

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2023

Nom et prénom du malade : KEBIRA BENKANIA Age : 1940

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

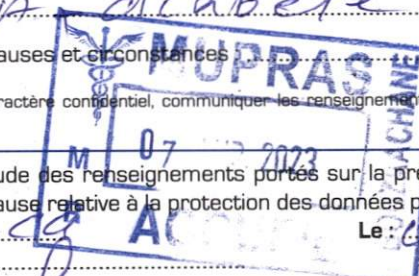
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 02/02/2023

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
02/02/23	Cs Edouard	50,00		Dr. AMMOUDI Maroua Médecin Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.02.2023	3948,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

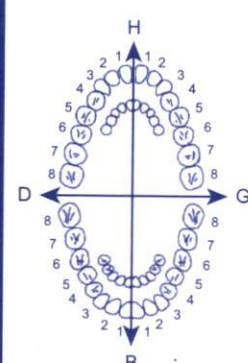
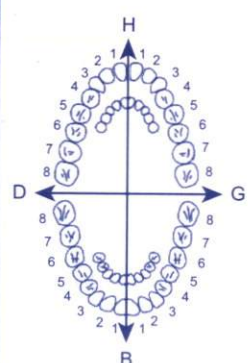
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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"> <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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



• Ambulance • Ambulance Bloc Mobile de Réanimation • Transport par Couvreur •
• Evacuation Sanitaire par Avion
• Service Médicale Pompe Funèbre Musulman • Médecin et Infirmier à Domicile •
• Médicalisation d'Evénements • Vente et location de Matériel



ORDONNANCE

Fait à : Casa / Le : 02/02/2023

KEBI RA BEN KANTLA

- 1) ATROP 5mg : 1cpl - 3ms +40,40x2
+37,70
- 2) Pregan 50mg : 2cpl pld 3ms +84,80x6
- 3) Lantus solostar : 240UI - 3ms +744x2
- 4) Medi fin Lenvo : 3ms +186,00x2
- 5) Apida : 120UI seli - 3ms +433,00
- 6) Bandelettes : Accu-CHC K +255,00



Dr. Abdelmoumen Marouane
Médecin des Urgences



SERVICE 24/24H ET 7J/7

ANOLE BD ABDELMQUMEN ET SOUMAYA RES SHEHRAZADES, 5EME ETAGE N°22
CASABLANCA-MAROC TEL : 0522272739/0668703681 E
MAIL : Najd.assistance@hotmail.com
PATENTE : 34773677 - RC : 330517 - IF : 15266886 - ICE : 000130714000667

PPV: 82DH70
PER: 10/25
LOT: L3496



PPV: 84DH80
PER: 09/25
LOT: L3098-1



PPV: 84DH80
PER: 07/25
LOT: L2333



PPV: 84DH80
PER: 07/25
LOT: L2427



PPV: 84DH80
PER: 05/25
LOT: L1787



PPV: 84DH80
PER: 01/26
LOT: M136



عن طريق الدم
5 ملغ

REF-WELL104
AIGUILLE MEDFINE 4MM
9 114591 109272

MediGlobal®



REF-WELL104
AIGUILLE MEDFINE 4MM
9 114591 109272

MediGlobal®



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS
P.P.V. : 744DH00



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
APIDRA SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS
P.P.V. : 439DH00



sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ BS
P.P.V. : 744DH00



Roche

Pour la
détermination
de la glycémie
Utilisable en
autocontrôle
Seulement pour
Accu-Chek® Active

5
env.
sec.

50 Bandelettes réactives

07124112

Accu-CHEK®
Active

Close/Re-cap container
tightly immediately after
removing strips.
Après prélèvement de la
bandelette réactive, refermer le
tube immédiatement.

GTIN

(01) 0

PPC: 255.00 Dhs

LOT

(10)



ACCU-CHEK[®]

Active

07124112

50 Test strips

5 ca.
sec.

For the
determination of
blood glucose

Suitable for
self-testing

Only for
Accu-Chek[®] Active

Roche