

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M23-003865

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543 Société : (Retraite Ram)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHAOUDI Boucheib
 Date de naissance : 12-05-1960
 Adresse : 210 Bd AL Joudi one CALMIA CHA
 Tél. : 0644370077 Total des frais engagés : 150 + 1837 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 13/5/2023
 Nom et prénom du malade : KHAOUDI Boucheib
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète & Affection ORL + Digestive
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : 15-05-23 Le : / /
 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
13/05/2023			1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE ADILA-CASABLANCA
ne FILALI GUENNOUN Ibtissam
226, Boulevard Al Joulane
Salmé 2 - Casablanca
Tél: 05 22 38 01 47
ICE : 002115854000092
I.N.P.E : 092004506

13/05/23

1837,60

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

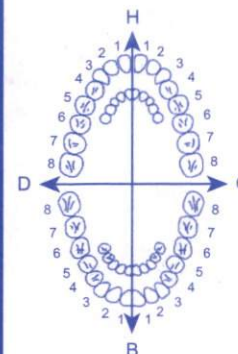
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

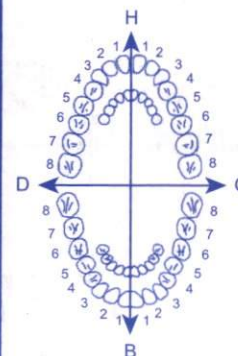
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

Dr ZOURGANNE Fatima

MEDECINE GENERALE

Certificat de Planification Familiale
(D I U)

Ex. Médecin Chef du Centre
de Santé ibnou Tofail

Médecin Agrée pour la délivrance
des certificats de permis de conduire

345, Av. Abdellah Senhaji

Hay El Farah - 1er Etage

Tel : 05 22 81 15 02
Casablanca

الدكتور زركان فاطمة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة

(تركيب اللولب)

الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز

الصحي ابن طفيل

طبيبة معتمدة لتسليم رخصة السياقة

345، شارع عبد الله الصنهاجي

حي الفرح - الطابق الأول

الهاتف : 05 22 81 15 02

الدار البيضاء

Casablanca, le 13/05/2023

243,00
x 4
972,00

1/

Tresor 100 MY

10 U Level

571,00

2/

Mevahapi 10 (A.S)

120,40

3/

Chantier 10 (816) (A.S)

36,40

4/

Kopre 20 (A.S)

24 U Level
Full 100 MY

73,80

20/11/2014

re-offense

64100

64 causes de pb

local 2h

1837160

PHARMACIE ADILA-CASABLANCA
Mme FILALI GUENNOUN Ibtissam

225, boulevard Al Joulane

Salmia, 2 - Casablanca

Tél.: 05 22 38 01 47

ICE : 002115854000092

I.N.P.E : 092004506

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

PPV: 120,40 DH
LOT: 645755
PER: 05/22

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solution injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DHS



6 118001 121304

PPV 730,480
EXP 06/2023
LOT 140565

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

Tresiba® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable
1 stylo pré-rempli 3 ml
PPV : 243,00 DHS



6 118001 121670

LOT :

PER :

PPV :

64100

LOT : 4114

PER : 12-25

P.P.V : 36 DH 40