

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'Hayat
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-701233

161405

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11460 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANBOU NABIL

Date de naissance : 12-03-75

Adresse : n°58, Rue 3, Rier YOUSRA, OULFA, CASA

Tél. : 0661 05 21 35 Total des frais engagés : 147,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/02/2023

Nom et prénom du malade : HASNAA AMINE Age : 1980

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 : CASA Le : 19/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25 22 23	291,80

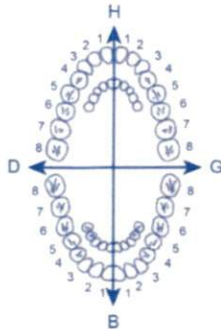
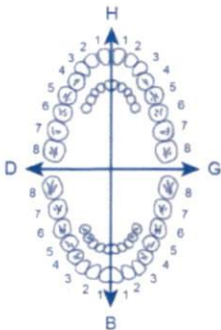
[illegible][illegible]

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	INP :														
				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 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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. CHOURKANI Hasna

Médecine de Famille - Diabétologie
Nutrithérapie - Amincissement
Dermatologie Interventionnelle
Esthétique Médicale



الدكتورة شركاني حسناء
طب الأسرة - السكري
التغذية - التخسيس
الأمراض الجلدية التداخلية
التجميل الطبي

Casablanca, le : 25/02/2023 : الدار البيضاء، في :

N° HASNAA AMINE

15.29.180
1/ Motilium 83.

1 Gma 37 1/4 h ant la sym

100.10
2/ Euxa 500 mg (B7)

0 - 1 - 0 / 76 Apres repas mel,

82.10

8/ ESAC 20 mg (B14)

1 - 0 - 1 / 70 Ant point of -
Après dîner

39.70

4/ Fucidine gel

12/12 x 2g / 1mg

69.90

5/ GynoFloR.

10ml x 1/6j

6/ Rhinoly fort

1ml x 2g / 6j

LOT: 22657 PER: 10/25
PPV: 100, 10 DH
AMM N°: 2047/01/21/RQ1/DMP/MC/01

PHARMACIE MAJORELLE
Dr. DEFI AZIZA
Rue de la Liberté, 100, Agadir
Tél: 05 22 91 06 32

82.10
LOT: 22005
PER: 03/24
PPV: 82 DH

Fucidine 2%
pommade Tube de 15 g

39.70

Distribué par: ZENITHPHARMA
96, Zone Industrielle Tassila Ineziane
Agadir-Maroc, Dr. M. EL BOUHMADI,
Pharmacien Responsable
AMM N° 395/17DMP21/NRQ
PPV: 69.90 DHS

شارع محمد الناصري إقامة الماجوريل شقة 1 الطابق 1، قرب مستشفى الشيخ خليفة - الدار البيضاء

Avenue Mohamed Taib Nacri, Résidence Majorelle Etage 1, Appt 1 (à Côté de l'hôpital Cheikh Khalifa) - Casablanca

Tél.: 05 22 91 06 32

E-mail : CabinetChourkani@gmail.com