

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.

• Fourier

- 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

- 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : Société :	<i>167705</i>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>Charakhan Zahra. Veuve Mostapha Ahmed</i>			
Date de naissance :			
Adresse :			
.....			
Tél. :	Total des frais engagés :		
			Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2023

Nom et prénom du malade : 7^e CHARAKAN Zahra. Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : HTA

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 : **LE MANS** le : **15/06/2018**

Signature de l'adhérent(e) :

• [View Details](#) [Edit](#) [Delete](#)

Digitized by srujanika@gmail.com

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUYA ZEKRI Abdellati Docteur en Pharmacie 120-222-224 Bd Oued Mouloudya El Oued Casablanca - Tel: 0522 90 50 00	18/07/2013 23	488,90

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Imrane MOUATASSIM

OMNIPRATICIEN

DIPLOME UNIVERSITAIRE:

ECHOGRAPHIE GENERALE

MEDECINE D'URGENCE

NUTRITION ET THERAPEUTIQUE METABOLIQUE

EXPERTISE MEDICALE

SUIVIE HTA ET DIABETE



الدكتور عمران معتمد
الطب العام

دبلوم معتمد:

النفس بالصعدى

الطب الاسعى

الطبقة والجراحة

الجراحة الطبية

تنبع أمراض الضغط والسكري

طبيب معتمد للفحص الطبي الخاص برخص السيارة

Casablanca, le..... 06.07.2023 مدار البيضاء، في

CHARAKAN Zahra :

57,00x3

1/ Tensiotech 100

^ - 0 - 0



21,80x5

2/ Aspergi 100



103

43,00x3

3/ Anglor 100

^ - 0 - 0



79,90x1

4/ Tondex 100

100x3 x



T - 488,90

Contrôle :

Dr. Imrane MOUATASSIM
MEDECIN AGREE
Par le Ministere de la Sante
Oriental - Permis de conduire
Casablanca

Oriental - Permis de conduire
Casablanca

Viale 10, E.D. Casablanca

INPE: 91168674 IF: 15201569 ICE: 001681749000029
710, Bd Oued Sabou, Angle terminus 35, EL ALIA

Tél. 05 22 90 33 27

Email: drimrane@gmail.com

CNSS: 4734134

PPV 43D400
PER 03/25
LOT M1161

PPV 43D400
PER 03/25
LOT M1161

PPV 43D400
PER 03/25
LOT M1161

43,00

3x 57,00 Ged

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V:21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V:21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V:21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V:21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V:21DH80



LOT 107045/FC6
PER 09/2025
P/PC 79,90

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

 Nom et prénom : CHARAKAN Zahra

Matricule : _____ N° CIN :

Adresse :

 Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Dr. Imrane MOUATASSIM
 MEDECIN AGREE
 par le Ministere de la Santé
 Visite Medicale - Permis de conduire
 710, BD. Ouardouz Casablanca
 Tel. 05 22 40 33 27

Partie réservée au médecin traitant
 Je soussigne : Dr. Imrane MOUATASSIM Spécialité : Neurologiste
 N° ICE : 001681749 000029 N° INPE : 091168674

 Certifie que Mlle, Mme, M. : CH ARAKAN Zahra.

 Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Angorrys - Ténothecrys - Aspergicous

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Angorrys - Ténothecrys - Aspergicous

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

 Fait à : Casa le 04/01/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Imrane MOUATASSIM
 MEDECIN AGREE
 par le Ministere de la Santé
 Visite Medicale - Permis de conduire
 710, BD. Ouardouz Casablanca
 Tel. 05 22 40 33 27

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées