

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

- 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° P19- 066661

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4543 Société : Deltate (Rm)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAOUDI BOUCHAIB

Date de naissance : 12-05-1960

Adresse : 240 Bd El Joulane SAKHIA ELKS.

Tél. 0674320077 Total des frais engagés : 15000 + 11500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/7/2017

Nom et prénom du malade : KHAOUDI BOUCHAIB Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Bronchopneumonie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : D. 88 the

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 : 18-07-23 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Bouchaib

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
			1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA
 Mme FILALI GUENOUN Ibtissam
 226, Boulevard Al Idrissi
 Salmia 2 - Casablanca
 Tél: 05 22 38 01 47
 ICE : 002115854000092
 I.N.P.E : 092004506

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

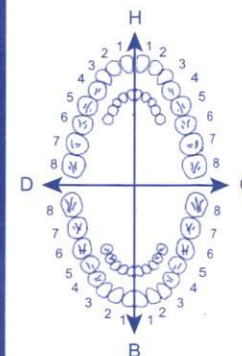
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

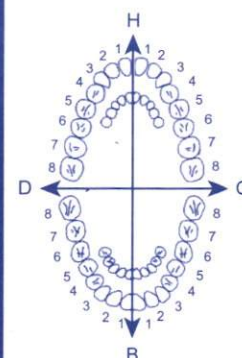
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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 GÉNÉRALE

Certificat de Planification Familiale
(DIU)

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

Tél : 05 22 81 15 02

Casablanca

الدكتور زركان فالحة

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 في الدار البيضاء

Kit Aouf Senhaji

571,00 1y Nerve Repr



243,00 2y 20 u level



2y Trésiles

10 u le ser

74,80
x2
149,60

3y

spec hum 122



1 cp curat

T Bull

45,30
x3
135,90

44 Verbaliser

A.S

N3

au cours de la

30,50
x2
61,00

5) Imosha

A.S

gale

aply

A.S

30,00

64

de 20mg

1190,50

gale

Dr. ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah Serhaji
Hay El Farah
Tél. : 0522.81.15.02

2x
74,80
Ged

PHARMACIE FADILA-CASABLANCA
Mme FILAL GUENNOUN Ibtissam
226, Boulevard Al Joud
Salmia 2 - Casablanca
Tél. 05 22 38 01 47
092115854000092
E: 00004506

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

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

FB2S
09 2024
45,30 DH

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V.: 30DH50

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V.: 30DH50

FB2S
09 2024
45,30 DH

LOT 211489
EXP 03/2024
PPV 30.00DH