

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0030239 *169453*

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0000830* Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *Narzouki Yema*
 Date de naissance : *09/01/1958*
 Adresse : *Hay Abbadi Brika Rue Nehmen N° 166*
Temara
 Tél. : *0538.12.28.56* Total des frais engagés : *1431,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *20/06/2023*
 Nom et prénom du malade : *Narzouki Yema* Age : *44 ans*
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : *Psychiatrie chronique*
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : *F.33*
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *RAS*

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 : *Temara* Le : *18/7/2023*
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
20/06/23	Ca		60,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدلية ابي حوريرا</p> <p>PHARMACIE ABI HOURAIRA</p> <p>الدكتور علي حوريرا</p> <p>15 شارع القاهرة - القاهرة</p> <p>الهاتف : 05 37 64 14 58</p> <p>INPE : 102 062 601</p>	20/06/23	<p>1321.4</p> <p>صيدلية ابي حوريرا</p> <p>PHARMACIE ABI HOURAIRA</p> <p>الدكتور علي حوريرا</p> <p>15 شارع القاهرة - القاهرة</p> <p>الهاتف : 05 37 64 14 58</p> <p>INPE : 102 062 601</p>

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	

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 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 CCEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ar-Razi



ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ
ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ
ⵎⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ ⵏ ⵍⴰⵎⴻⵔ

Date: 2/06/23
Nom: Menzaki
Prénom: Najat
IPP: 65 377

صيدلية أبي هريرة
PHARMACIE ABI HOURAIFA
الامتور علي زجلي
15 شارع الاميرة
الهاتف: 102 062 601
INPE: 05 37 64 14 58

صيدلية أبي هريرة
PHARMACIE AB HOURAIFA
الامتور علي زجلي
15 شارع الاميرة
الهاتف: 102 062 601
INPE: 05 37 64 14 58

ORDONNANCE

1- Depend 2mg ep. 402,923106123
~ 7578

113,3 x 5 / 566,5
2- Depokinich 100 -> ep. 23106123
~ 7578

201 x 2 / 402,1012
3- Nodop ou Zindep 10mg ep. 23106123
~ 7578

صيدلية أبي هريرة
PHARMACIE ABI HOURAIFA
الامتور علي زجلي
15 شارع الاميرة
الهاتف: 102 062 601
INPE: 05 37 64 14 58

صيدلية أبي هريرة
PHARMACIE ABI HOURAIFA
الامتور علي زجلي
15 شارع الاميرة
الهاتف: 102 062 601
INPE: 05 37 64 14 58

Dr. KATIA Imane
NPE: 101263658 - Psychiatrie
Hôpital Ar-Razi - S306

N.B Cette ordonnance n'est valable que si elle porte le nom et la signature du médecin
Traitement de: 33mn - RDV le: 19/05/23

LOT : 230602
EXP : 03/2025
PPV : 134,30DH

LOT : 230602
EXP : 03/2025
PPV : 134,30DH

LOT : 230602
EXP : 03/2025
PPV : 134,30DH

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30



6 118001 081073

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1.
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500MG CP PEL B30
P.P.V. : 113DH30



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073

LOT : 424
PER : DEC 2024
PPV : 201 DH 00

LOT : 424
PER : DEC 2024
PPV : 201 DH 00

