

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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° W21-627358

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricole : 6439 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAJ HAMOU NADIA / A. HAMOU

Date de naissance : 18/04/1965

Adresse : N° 10 LOT AÏN DIAB 9 ADDRESSE : ABBERRAHMANE SAKHLANCA

Tél. : 0661133365 Total des frais engagés : 466,50 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HAMOU
Lotissement Zoubir - Immeuble 112
Appart 4, Oulfa - Casa

Date de consultation : 26/7/2023

Nom et prénom du malade : Haj Hamou Nadia Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tendinite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1/2/2023	C	Ca		INP : 091114520 Dr. F.Z. MOUSSAOUI HAJ HAMOU Lotissement Zouhour - Bât. 121 Appt 4. Oufala - Casab

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Zoubir Mme KARBAJ MARIAM Zoubir, n° Zoubir 1351 Boulevar Casablanca 25 22 934 190</p>	26/09/83	2466,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Joratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

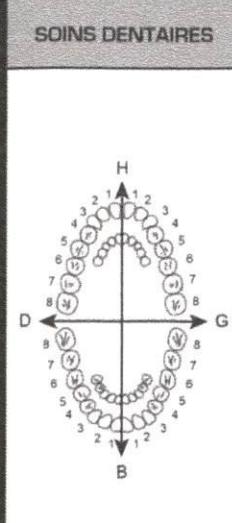
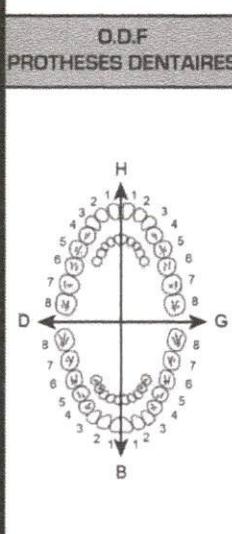
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>													
				Montants des soins <input type="text"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	00000000		35533411		D	11433553	00000000		Coefficient des travaux <input type="text"/>
		H	21433552														
		25533412	00000000														
		00000000															
		35533411															
D		11433553															
00000000																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins <input type="text"/>														
			Date du devis <input type="text"/>														
			Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																	

Dr. F. Z. Moussaoui

الدكتورة فاطمة الزهراء موساوي

MEDECINE GENERALE

Lotissement Zoubir
(Gpe. Addoha), Imm. 112 I
Appartement 4 Ooulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 93 41 48

Pharmacie Zoubir
Mme. KARRAJ MARIAM
tissier, n° 2050, 112 I Imm.
CASABLANCA
Tél : 05 22 934 190

الطب العام

تجزئة الزير

(مجموعة الشخصي) عمارة

112 I شقة 4 الألفة

الهاتف : 05 22 93 41 48

Casablanca, le

26/7/2023

الدار البيضاء، في

40,90 x 2

N° Haj Hanou Nadi



PROFENID 100MG
CP PEL B30
PER. 07/2023
P.P.V : 70DH90



PROFENID 100MG
CP PEL B30
PER. 10/2024
P.P.V : 70DH90



2) hofeinid 100 mg (x2)

1 CP x 2/3 pastilles

198,00



PROFENID 100MG
CP PEL B30
PER. 10/2024
P.P.V : 70DH90



2) Nociceptol gel

1 applic.



LOT C210
P.U.C. 198.00DH
2025-05

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

3) 37,00

DUOXOL 500mg



DUOXOL 500mg/2mg
Boîte de 20 comprimés
عليها من 20 فرسان

37,00

4) 57,40

Bedelix sach



BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V : 57DH70

57,40

5) 32,00

Maelox sach



BEDELIX 3G
SACHETS B30
P.P.V : 57DH70

32,00

466,50

après R

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1-
Ain Sébaa 20250 - Casablanca
MAALOX 460 mg sachets
Bte de 20
P.P.V : 32,00DH



6 118001 082148

Dr. F.Z. MOUSSAOUI
HAJ HANOU

Lotissement Zoubir - n° 112 I
Appart. 4 Ooulfa - Casablanca