

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-687454

A 80219

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8729

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NADEKOUR

ZAKARIA

Date de naissance :

28/6/1968

Adresse :

CASABLANCA

Télé. :

05 22 78 68 85

Total des frais engagés : 200 + 522,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur DEBBARH Laila
Médecine générale
Centre Commercial Nadia, Imm 3
Route d'El Jadida - M'diq - Casablanca
Tél.: 05 22 98 22 57

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/10/2023

Nom et prénom du malade :

Hall Mouchoche

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Covid

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

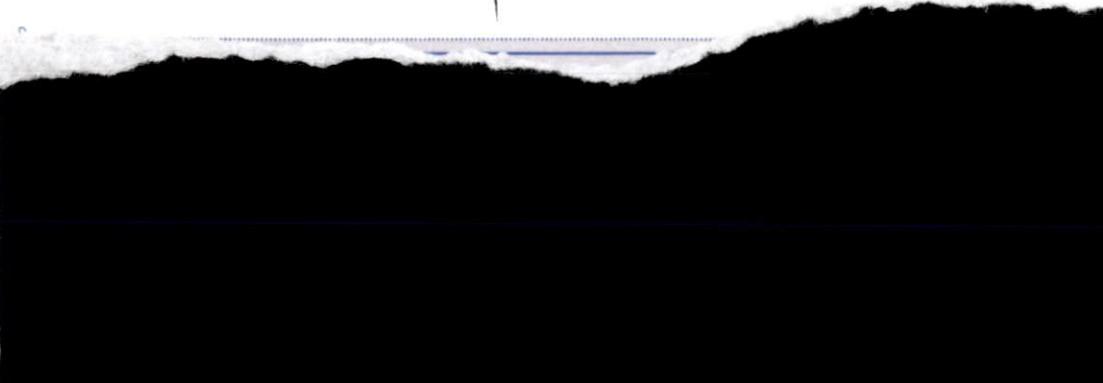
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASABLANCA

Le : 21/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
21/10/23			250,00	INP : INP: 091044420 Dr DIBARII Laila Médecin généraliste Nadia, imm 3 Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Jan</i> HARMAINE FLORIDA Dr. J. M. Florida, Lot. 281 Lotissement Florida - Casa 092928752	21/10/23	522.40

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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"/>												
CŒFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	-----			B	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													

	B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Docteur DEBBARH Laïla

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلى
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط

الطب العام

إقامة نادية. المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف - الدار البيضاء. الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 21/10/23

Hammouchane Asmaa

60,00 X 2

- A2 880 (2B)

S.V.

1cp à Medu x 3j
pris 1/2 cp/j x 4j

05/11/11 - ultra-leurre gel
1gel x 2fou/f win rpa

S.V.

26,90 - vitamine C Boute

1cp eff b x 7j

S.V.

40,90 - 24 naskin 45 cp yf

1cp 1j x 2j

S.V.

20,90 - vitamine D₃ B.O.N

1aup bw

S.V.

29. ♂ Dynatens cp
1cp x 2 fois/j

29. ♂ Enrouex sirop
1cs natu
Mede
- curete cp
1cp le soir

14. 30 x 2
- Rhino febral
3pet/j

30. ♂ - Kardéanic 25.
1sach/j x 7j

✓ 522.40.

LOT: 230283
PER: 03/2026
PPV: 79,500 DH

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV: 60,00 DH
6 118000 190097

Dynatens®
comprimé

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 / EXP 06/2025
LOT 10058 61

20 comprimés effervescents

AZ® 500 mg
Azithromycine
Boîte de 3 comprimés
PPV: 60,00 DH
6 118000 190097

450x100
2

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70
6 118000 061847

Vita C 1000®

PPU 26DH90 EXP 08/2026
LOT 36037 10

LOT : 211138
EXP : 09/2024
PPV : 14,300 DH

UTAV: LOT N°: PPU (DH):

LOT : 221059
EXP : 09/2025
PPV : 14,300 DH

Lot:
الموسم:

Fab:
صنع:

EXP:
 صالح لغاية:

1211 01 2023
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH

01 2026

Vitamine D3 B.O.N.® 200 000 UI/1 ml

بدون سكر
بدون كحول

LOT 122179/FC
PER 03/2026
PPC 79,50

 Ramo
Pharm

Respecter les doses prescrites / Follow the stated doses

تقدير تماماً بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance / Only upon prescription/
بصرف فقط بموجب وصفة طبية

Liste II - List II - II
لائحة

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



6 118 00 1272228

PPV: 20,90 DH

Titulaire de la décision d'enregistrement /
صاحب مقرر التسجيل / MA holder

 BOUCHARA-RECORDATI
GROUP

70, avenue du Général de Gaulle
92800 PUTEAUX - FRANCE
Tél.: +33(0)1 45 19 10 00

Fabricant / Manufacturer / المصنّع

HAUPT PHARMA
1, rue Comte de Sinard
26250 LIVRON SUR DROME - FRANCE