

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 canaux, 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 canaux.

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- 0007818

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

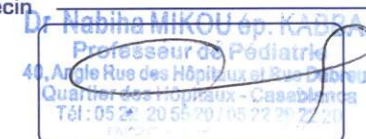
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : D.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAAFAR ELHASSANE 85611
Date de naissance : 26/11/1967
Adresse : N° 1 Rue M. Y ALRODS 3 L. S. A. FA
Tél. : 05 22 20 45 897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2023
Nom et prénom du malade : JAAFAR Ismail Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Maladie de Behcet
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASA Le : 06/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09.09.23	CS		300,00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/23	1 = 53,6

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

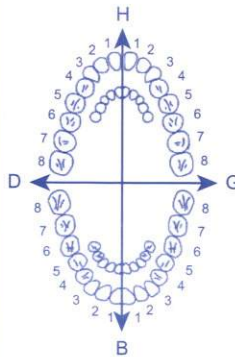
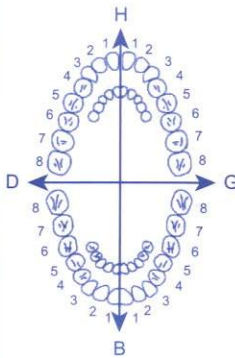
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				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 COEFFICIENT 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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

Dr Nabiha MIKOU

Ep. KABBAJ

Professeur de Pédiatrie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
et de l'Université Paris V

Ancienne chef de Service de Pédiatrie
à l'Hôpital d'Enfants de Casablanca

Pédiatrie Générale

Rhumatologie et Médecine Interne Pédiatriques



الدكتورة نبيهة ميكو

زوجة قباح

أستاذة في طب الأطفال

خريجة كلية الطب بالرباط

و بجامعة باريس V

رئيسة مصلحة طب الأطفال سابقا

بمستشفى الأطفال بالدار البيضاء

طب الأطفال

أمراض المفاصل و الطب الباطني للطفل

Casablanca, le..... 9/9/2023 البيضاء في

Soofan Soofan

4x13,40

1/ Goldchicine cp

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A-U
140 Lot Smiralda Lissasfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr Nabiha MIKOU ép. KABBAJ
Professeur de Pédiatrie
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 20 55 20 / 06 66 50 50 50 - Fax : 05 22 20 70 20

إقامة لروزو، 40، ملتقى زنقة المستشفيات وزنقة الكلونيل غرو، الطابق 2، رقم 10، حي المستشفيات، مقابل جناح 28، الدار البيضاء

Résidence les Roseaux, 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Al Colonel Gros, 2^{ème} étage, App. 10, Quartier des Hôpitaux,
en face du pavillon 28 de l'Hôpital Ibn Rochd (Station Tram : Wafasalaf) – Casablanca

Tél. : 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 / 06 66 50 50 50 - Fax : 05 22 20 70 20

E.mail : mikoupedia@gmail.com - Site Web : www.mikounabiha-pediatre.com

كولشيسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم

كولشيسين

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

عن طريق الفم

13.40

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

كولشيسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم

كولشيسين

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

عن طريق الفم

13.40

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

كولشيسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم

كولشيسين

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

عن طريق الفم

13.40

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

كولشيسين 1 ملغ

أوبوكالسيوم

كولشيسين

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

عن طريق الفم

13.40

20 comprimés sécables

Colchicine 1mg
OPOCALCIUM