

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

- Reclamation : 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 - 8ème 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° P19-0010448

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA Date de naissance : 23-12-1957
Adresse : H 112 LOT EL WAFIA H DEROUA
Tél. : 0663072895 Total des frais engagés : 425,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 19/12/2023
Nom et prénom du malade : AZMI EL MOSTAFA Age : 1957
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Ollé + Embolie 1 toux
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 : MEKNES Le : 23/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
19.12.23	C		150	
			Du	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/23 21/12/23	19760 7810
INPE: 132021353		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

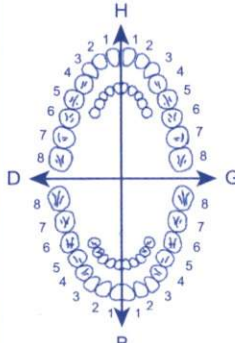
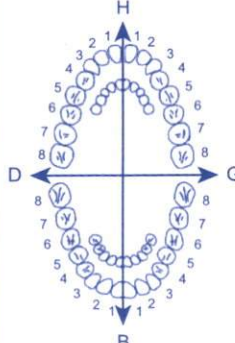
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 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																
	(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

Docteur HANANE AZMI

Diplômée de la Faculté de Médecine et de
Pharmacie de Casablanca
Ex. Médecin interne à l'Hôpital Idrissi - Kénitra
Diplôme Universitaire Gynécologie Infertilité
de Suivre Grossesse - Universitaire de Bordeaux
Médecine générale - Echographie
Electrocardiogramme

Médecin autorisée à la visite médicale
pour l'obtention du permis de conduire

الدكتورة حنان عزمي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفى الإدريسي القنيطرة
دبلوم جامعي في أمراض النساء
العقم مراقبة الحمل - جامعة بور دو
الطب العام - الفحص بالصدى
تخطيط القلب
طبيبة مرخص لها بالفحص الطبي
لنيل رخصة السياقة

19.12.23

Azmi

EE Most

18/10



10/10

5040

5' neceyle



3) Flubron

30,00



4) 1/5

Calcipam



5) 14/40x3

Dolipr

Sup



DR. HANANE AZMI
Médecin Généraliste
Tél: 05 35 54 98 48
Ouislane - Meknès

مركز حي الرياض، ويسلان، مكناس (فوق صيدلية رياض الصحة)

N° 56 Boulevard Al Massira, Cité Riad, Ouislane, Meknès (Au dessus de)

Tél : 05 35 54 98 48

28,10

agout

PPV: 50DH40
PER: 03/26
LOT: M1145-2

30,100

LOT: M22088
EXP: JUN 2025
PPV: 45,50 DH

Sup 3/1

13boudes

14,40 PPV 14DH40
PER 04/25
LOT M1145-2

14,40 PPV 14DH40
PER 08/24
LOT M1145-2

14,40 PPV 09/23
LOT K2446

Tél : 0535439964

21/12/2023

AZMI EL MOSTAPHA

FACTURE N° : 13308

du 21/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	BAYCUTENE CREME 15 GRAMME	22,70	68,10	7%
1	AUREOMYCINE LAFRA POM OPHTA 1%	10,00	10,00	7%
Total TTC			78,10	

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
SOIXANTE DIX HUIT DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	72,99	5,11	78,10
		72,99	5,11	78,10



LOT : HF 0513
PER : 05 2026
PPV : 22 70

LOT : HA9590
PER : 03 2026
PPV : 22 70

10,00

LOT : HD 1855
PER : 05 2026
PPV : 22 70