

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

a l'égard du traitement des données
Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-005343

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5221 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARATI

Sain

Date de naissance : 13/09/15

Adresse : 1 Rue Hassan II FES

Tél. : 0614317580

Total des frais engagés : 657,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/2024

Nom et prénom du malade :

El Achi Ghizlane Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Neoplasie Maligne

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 :

Le : 26/01/2024

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
05/01/2014	96U	C	250	INPE 142034081
				INPE 142034081
				INPE 142034081
				INPE 142034081

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 142034081	05/01/2014	407,30

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	

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	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS





Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

05/01/2024

Facture N°: FC2401000167

Mme EL GHAZI GHIZLANE

Acte : Consultation

Prix : 250 Dhs

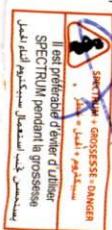
Signature

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie Casablanca
Tél: 05 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

LOT 230079
EXP 01/2026
PPV 74.80DH

COOPER
PHARMA



PPV: 20DH00
PER: 04/26
LOT: M1225

X5Ged



Casablanca, le.....

05/01/2024

Mme EL GHAZI GHIZLANE

14,80

1/ SPECTRUM 500 MG B 20



1 comprimé deux fois par jour

24,20

2/ DIPROSONE CREME GM



Une application 2 x par jour pendant 4 jours puis une application par jour pendant 4 jours

30,60

3/ NALGESIC 300MG 12 CPS



1 cp trois fois par jour

19,70

4/ AZIX 500 MG /3 CPS



2 boites

18,30

5/ CLOPRAME SIROP



1 cuillere Matin midi et 1 Soir pendant 5 jours

20,00 X 5

6/ DOLIGRIPPE



4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



Tube de 15 g

DIPROSONE® 0,05 %
pommade

أنيوب 15 غ

L
E
P
Y
D
O
I
A
3
0
0
7
6
•
2
0
2
5
1

Nalgesic®

Fénopropène

300 mg

36 Comprimés pelliculés
Voie orale

DIPROSONE® 0,05 %
pommade



6 118000 051121

دیبروزون® 0,05 % مرهم

بیتامیتازون
للهن فقط

LOT : 490
PER : JUN 2026
PPV : 24 DH 20



®

AZIX

Azithromycine

500 mg

PPV 18DH30

EXP 01/2026
LOT 2903? 7



CLOPRAME®

Solution buvable

PPV 79DH70
PER 05/26
LOT M1243

