

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034867

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2088 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZENASNI Mohammed
Date de naissance : 09/06/1944
Adresse : 193 Bd Ghandi CASABLANCA
Tél. : 0522250088 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Raha, Rue Benafsaie
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522 94 59 34 / 0522 39 34 31
Fax: 0522 94 59 34

14/12/23

2380,00

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

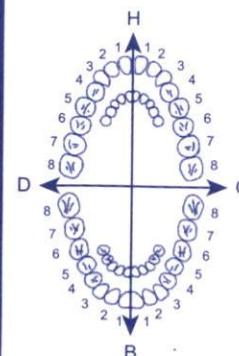
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

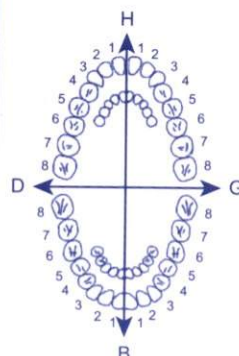
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

ZENASNI Mohammed

Matricule :

2088

N° CIN :

B236645

Adresse :

193 Bd Ghandi CASABLANCA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr ABIL ARABI

Houssain

Spécialité :

Neurologue

N° ICE :

INPE: 091176602

N° INPE :

INPE: 091176602

Certifie que Mlle, Mme, M. : ICE: 001779680000015

ICE: 001779680000015

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

IRM de Mnes portant sur le cerveau, Bilan Neurophysiologique
attestant hypocrapsie encodage, IRM Encephal ASym

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Dopégit 10 Esqulor

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

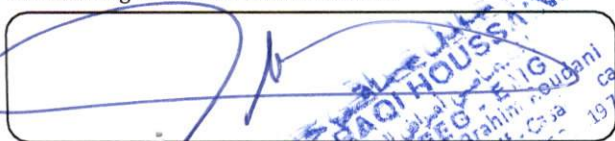
Fait à :

Cas

le

14/4/23

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

** PHARMACIE HIBA **

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Tel: 0522393431

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale : N°51112603

ICE : 001616420000064

Le : 14/12/2023

ZENASNI MOHAMMED

FACTURE N° : 368 du : 14/12/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
4	DOPEZIL 10MG BT 28 CP	469,00	1 876,00	7,00%
4	ESCIPLEX 10 MG BT 28 CP	126,00	504,00	7,00%
Total TTC			2380.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX MILLE TROIS CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	2 224,30	155,70	2 380,00
		2 224,30	155,70	2 380,00

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Raha - Rue Banafsaja
51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tel: 0522 94 99 34 / 0522 39 34 31
Fax: 0522 94 99 34

Esciplex® 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18
6 118000 022787

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300136

DOPEZIL® RANBAXY 10 mg
Boîte de 28
comprimés Pelliculés
Voie orale
6 118001 300136

Esciplex® 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18
6 118000 022787

Esciplex® 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18
6 118000 022787

Esciplex® 10 mg
Boîte de 28 comprimés pelliculés
Sécables
AMM N° 130/21/NRQd/DMP/VHA/18
6 118000 022787

PPV: 469 DH 00

PPV: 469 DH 00

PPV: 469 DH 00

PPV: 469 DH 00