

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.

M22- 0013117

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 499 Société : T.A.T. 900096

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : LAMLOU Abdekhaf

Date de naissance : 01-01-1975

Adresse : Dar Fayrouz Av. D. Taâsche

Tél. : 0661133904 Dr. MOUFIK LOUAHAB Total des frais engagés : 113,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/12/24 Nom et prénom du malade : Zain Wadaghiri Naim Age : 30

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : HNA, Insulin

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 : Casablanca Le : 16/12/2024.

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature du Médecin des Honoraires	Palement des Actes
16/02/2024	Gen			<i>Dr. M. LOUATABI</i>	<i>PAEMENT DE LA SOCIETE D'INTERVENTIONNELLE</i> TPE : 91026807 0664403447

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE BENGHZI Rue SLOTAIA 22 Casab - Tel: 05 22 52 27 62</i>	16/02/2024	13.50

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

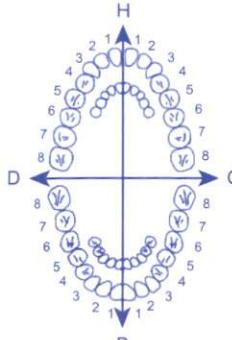
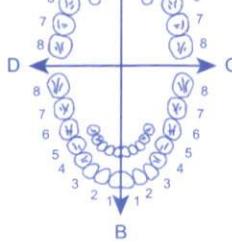
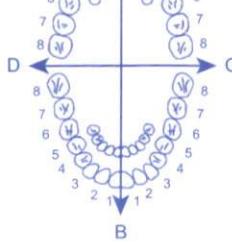
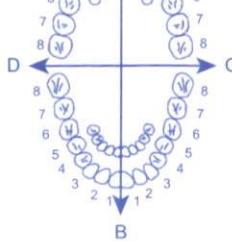
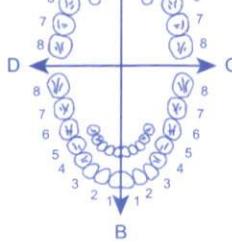
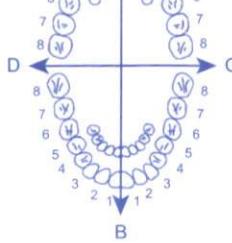
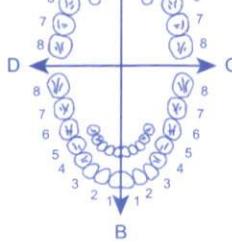
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



16/02/2020

M. - ZAFM WADGHIRI NAIMA

113,50

1 - Créditline 120

0 - 0 - 1 .

Dr. T. OUFIK LOUAHABI
Cardiologue interventionnelle
Cardiologie interventionnelle
Rhythmologie : 066140 24 47
Tél: 066140 24 47

صيدلانية
PHARMACIE BENZHAZI
Rabia EZZAIROUNI
N° 2 RUE 8 LOT. TABAY, California
Casablanca - Tel: 05 22 52 27 62

CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

ORDRE D'ENCAISSEMENT

Motif admission :

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2401819	ZAIM-WADGHIRI NAIMA	16/02/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
MUPRAS		300,00
240216223529RA	OE établi par : RACHID	

CRONODINE 120 LP

diltiazem

LOT: 23006
PER: 04/2025
PPU: 113,50 TH

30 gélules
voie orale



IBERMA

**RESPECTER LA DOSE
PRESCRITE**

Indications, contre indications et posologie : voir notice
A conserver à une température inférieure à 30 °C

CRONODINE® 120 LP
30 Gélules



6 118001 220021

کرن دین 120 دلتیزم



30 كبسولة
حرفة بالفم