

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0035228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAZI NADIA
 Date de naissance : 21/6/57
 Adresse :
 Tél. : 0661155657 Total des frais engagés : 1500 + 1292 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba
 Médecine générale - Diabétologie
 Permis de Conduire
 Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa
 Tel : 05 22 37 16 01

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 04 / 2024
 Nom et prénom du malade : TAZI NADIA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Rhinite allergique
 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 : 07 / 05 / 2024
 Signature de l'adhérent :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
05/04/2024	C		150 DH	Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba Médecine Générale - Diabétologie Permis de Conduire Jamilia 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa Tel : 05 22 37 16 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Hachem 48, Avenue El Hachem Tel: 021.88.19.24 Fax: 022.86.01.75 INPE 092031384	05.04.24	139,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

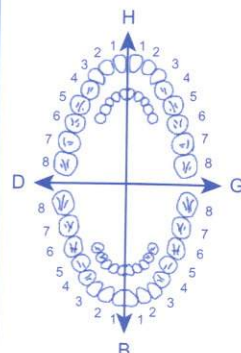
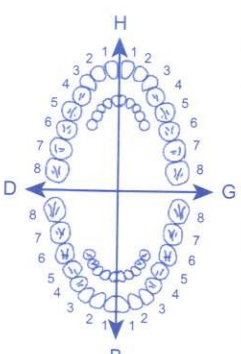
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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. Benboubker Kazmane Adiba

MEDECINE GENERALE

Echographie

Expert Assermentée



الدكتورة بنبوبكر قزمان أدبية

الطب العام

الايكوغرافي

خبيرة لدى المحاكم

Casablanca, le 25/04/2024

METAZI NADIA

22,70

1) Rinomianine

1 sachet 2x/T

88,40

2) Zadryl long

15,30

3) vit C 1000 (sans sucre)

1 v/T

40,80

4) Zinaskin

1 v/T

96,40

5) Irazol long

1 v 2x/T

38,40

6) Teguma

1 gélule/T

135,50

7) glucophage 500 n°2

2 applications/T

20,00

1 v 2x/T

439,70

Dr. BENBOURKER KAZMANE Adiba
Médecine générale - Diabétologie
Permis de Conduite
Jamila 5 - Rue 145 N° 110 C.D - Casa
Tel : 05 22 37 16 61

Jamila 5 - Rue 145 N° 110 Cité Djemaa - Casablanca - Tél : 05 22 37 16 61

جميلة 5 زنقة 145 رقم 110 قرية الجماعة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 16 61

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 09/2026
LOT 34037 25

PPV: 96DH00
PER: 09/25
LOT: M1410-3



LOT 221449
EXP 10/2027
PPV 20.80DH

x 2 Ged

ZINASKIN® 45 mg

PPV: 38DH20 EXP 09/2026
LOT 38036 3

20 comprimés effervescents

22.70

ZINASKIN® 45 mg

PPV 40DH90 EXP 06/2025
LOT 10058 61

20 comprimés effervescents

91484-05

38.40

LOT: 221530
PER: 11-2024
PPV: 35.50DH

LOT: 231248
PER: 12-2025
PPV: 58.40DH