

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 canaux, 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 canaux.

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 - 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



15899

Déclaration de Maladie : N° P19- 0011278

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25502 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Hashima Naïma Vre Date de naissance : fev 19
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Bhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/12/2019
Nom et prénom du malade : EL HACHIMI Naïma
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : NCB + lésion articulaire + arthrose
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 : / /

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
26/12/19	CS		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe A - Rue 154 N° 25/25 Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 89 09 63 I.C.E. : 000500246000026	26/12/19	777,40 Dht

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

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 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant

Vidéo Electroencéphalogramme (VEEG)

Electroneuromyogramme (ENMG)



الخبيرة الراجية لمياء

إختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 A Casablanca
EL Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 09 63
I.C.E.: 000500246000026

Casablanca, le : 26/11/2023

EL HARTIMI NAIMA

Handwritten medical notes and prescriptions, including various medications and their dosages, written in Arabic and French. The notes are organized into a list format with horizontal lines separating items. Some items are circled or underlined. There are also some illegible markings and symbols.

- Alys 25 mg 136,50 x 3
- 2 - 2 - 2
- Lano 100 mg 39,80
- 0 - 0 - 0
- Hy 100 mg 58,50
- 100 mg / 100 mg
- Dure 100 mg 49,60
- 100 mg / 100 mg
- 100 mg 220,00
- 100 mg / 100 mg
- 100 mg / 100 mg

119, شارع عبد المومن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119, Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1^{er} étage - N° 11 - Casablanca

الهاتف : 05 22 49 25 55

777,40

Lot: 19F090
Per: 04.2021
PPV: 136DH50

Lot: 19F090
Per: 04.2021
PPV: 136DH50

Lot: 19F090
Per: 04.2021
PPV: 136DH50

PPV: 39DH80
PER: 07/22
LOT: 11632

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 08/2022
LOT 97001 2

PPV: 49,60 DH
LOT: 19F18/8
EXP: 06/2022

DUOFLEX 30 GELULES

LOT: 190003
PER: 30/07/2022
PRIX: 220DH

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K. Rue 154 N° 23/25
EL Oufra - Casablanca
Tél.: 05 27 89 09 63
I.C.E: 000500246000026

10/02/2020