

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aït Ben Abdellah - 6ème Etage Angit Rue Mohammed Fakir et Rue Aït Ben
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (105) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-508007

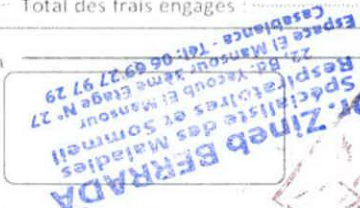
W19 = 28603

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4178* Société : *Dm. Dekate'*
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : *CHAMRI MOSAFA*
 Date de naissance : *21/09/1955*
 Adresse : *31 Rue Tifour Du Sams Appl 2205 5e étage Cii*
 Tél. : *0661 2092 38* Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : *06/02/2022*
 Nom et prénom du malade : *N. Ghemir N. Nafte* Age : _____
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Affection Respiratoire*
 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 payable des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/07/2020		95	250,00	INF :

NP :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/20	14400

Date _____

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/02/2020	212	200,00

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Spins

Nombre

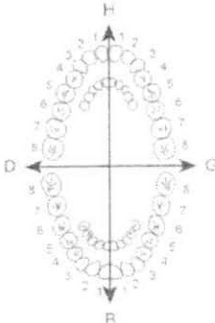
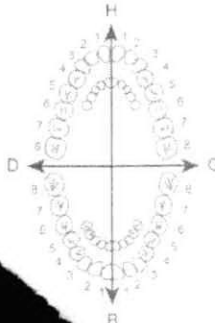
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP :
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 05030412 00000000 D G 01433550 00000000 G B 00000000 05030411 B B 00000000 11433550 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Praticien attestant le devis.

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution.

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

Important :

INF: | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE MU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

ATIC IEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr Zineb Berrada ep Bettache

Spécialiste des Maladies Respiratoires

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris- France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca

الدكتورة زينب برادة

أخصائية امراض الجهاز التنفسي و أمراض السل

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكاوت
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبترير و مستشفى 20 غشت البيضاء

06/01/2020

Casablanca le :

GHAMIRI MOSTAFA

• Vitamag

1 Comprimé, soir, pendant 1 mois

• Vitatlon 500 - comprimé à croquer

1 Comprimé, matin et 1 comprimé à 16 pendant 1 mois

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

Dr Zineb BERRADA
Spécialiste des Maladies
Respiratoires et Sommeil
22 bd Yacoub El Mansour - Casablanca - Tél: 05 22 98 12 19

PPC : 48.00 Dhs
N°de Lot : L2800652
Date d'exp. : 03/2021

PPC : 48.00 Dhs
N°de Lot : L2800652
Date d'exp. : 03/2021

PPC : 48.00 Dhs
N°de Lot : L2800652
Date d'exp. : 03/2021



Gout Citron/ Lemon Flavor

Gout Citron/ Lemon Flavor

Gout Citron/ Lemon Flavor

Voie orale/ Orale route

Voie orale/ Orale route

Voie orale/ Orale route

Comprimés Effervescents
effervescent Tablet

Comprimés Effervescents
effervescent Tablet

Comprimés Effervescents
effervescent Tablet

10

10

10



B1 - B2 - B6 - B12

B1 - B2 - B6 - B12

B1 - B2 - B6 - B12

150mg

150mg

150mg

Magnesium & Vitamines

Magnesium & Vitamines

Magnesium & Vitamines

VITAMAG-GS®

VITAMAG-GS®

VITAMAG-GS®