

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.

Biologie 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

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° P19- 048597

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7423 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENANEUR KHADISA
Date de naissance : 09/03/1964
Adresse : 40 rue AL OKHAYANE, Rés. ALKAWTAR Beauséjour 20000
Tél. : 06 71 307909 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/04/2021
Nom et prénom du malade : Khadisa Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection dentaire
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.

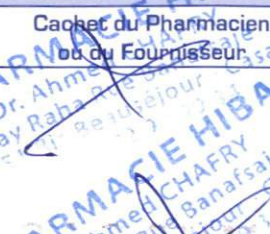
Fait à : Signature de l'adhérent(e) : Khadisa Le : 23/02/2021



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
08/01/2021			300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/2021	103,80
	08/01/2021	74,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

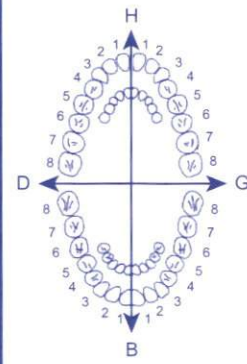
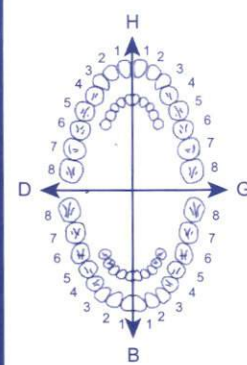
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

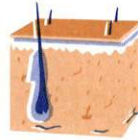
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdellah MORTAKI

Spécialiste en Dermatologie et Maladies Sexuellement Transmissibles
Dermatologie pédiatrique

Chirurgie de la peau et des ongles
Greffe des cheveux
Cosmétologie - Laser

Ancien Interne du CHU de Lille
Ancien Chef de Clinique du CHU de Nancy
Ancien Assistant du CHU de Bruxelles
Ancien Médecin des Hôpitaux militaires
Membre de la société Française de Dermatologie



الدكتور عبد الله مورتاقي

إختصاصي في الأمراض الجلدية و التناسلية
أمراض الجلد عند الأطفال

جراحة الجلد و الأظافر
زرع الشعر
طب التجميل بالليزر

طبيب داخلي سابق بمستشفى ليل
رئيس سابق بالمستشفى الجامعي ننسي
مساعد سابق بمستشفى بروكسل
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية
عضو بالجمعية الفرنسية للأمراض الجلدية

Casablanca, le 28/11/2011 في الدار البيضاء.

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed HAFRY
Hay Raha rue Banafsaie
N° 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 - 49 - 50 - 51 - 52 - 53 - 54 - 55 - 56 - 57 - 58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 - 68 - 69 - 70 - 71 - 72 - 73 - 74 - 75 - 76 - 77 - 78 - 79 - 80 - 81 - 82 - 83 - 84 - 85 - 86 - 87 - 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 - 94 - 95 - 96 - 97 - 98 - 99 - 100

Bm A A Enr / Chady

(S.V)

22,00 x3 / Istay
Pir / An B / An
Pir / An B / An

(S.V)



6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS 406833

Efficient in Lymph

37,80

103,80

Dr. Abdellah MORTAKI
Dermato - Vénérologue
Dr. Abdelmoumen, Rés. Jawhara
3ème étage N° 10 - Casi
Tél: 05 22 49 15 85 - Fax: 05 22 49 15 85
E-mail: abdmortaki@yahoo.fr

131, شارع عبد المومن, إقامة جوهرة عبد المومن (مقابل روضة الطائر الثالث رقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 49 15 85 / الفاكس : 05 22 49 15 85
131, Bd Abdelmoumen, Résidence JAWHARA Abdelmoumen (en face Maison Renault) 3ème étage N° 10
Casablanca - Tél.: 05 22 20 92 80 - Fax: 05 22 49 15 85 - E-mail: abdmortaki@yahoo.fr
Patente : 36363774 - IF : 42044012 - CNSS : 8080054 - ICE : 001691516000063 - INPE : 091163006

**** PHARMACIE HIBA ****

DR AHMED GHAFRY

HAY RAHA - RUE BANAFSAJE - 51 BIS - BEAUSÉ

Patente N°: N°34823690

N° R.C. : N°320434

Compte : 007780000379200000026984

CNSS : 6471833

Id.Fiscale: N°5111603

ICE : 001616420000064

Tél: 0522393431

Le: 08/01/2021

BENAMEUR KHADIJA

FACTURE N° : 38 du : 08/01/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	MEFSAL 15MG BT/10CPS	39,00	39,00	7,00%
1	TOBRADEX COLLYRE	35,70	35,70	7,00%
Total TTC			74,70	

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SOIXANTE QUATORZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	69,81	4,89	74,70
		69,81	4,89	74,70

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed GHAFRY
Hay Raha Rue Banafsaje
N°51 Bis - Beauséjour - Casablanca
Tél: 0522393431

39,00

15 ملغ
عن طريق الفم



مفجسال
مبارك سويحام

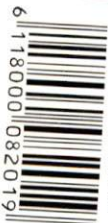
أقراص قابلة للكسر

10 x

مدة ☐ صباح ☐ زوال ☐ مساء ☐

MEFSAL® 15 mg

10 comprimés sécables



MEFSAL®
médicament



15 mg
Voie orale

Comprimés sécables 10 x

عن طريق الفم

①
إسطاسين 100 ملغ
دوكسيميداكلين

ISTACYNE® 100 mg
10 comprimés



22,00



عن طريق الفم

①
إسطاسين 100 ملغ
دوكسيميداكلين

ISTACYNE® 100 mg
10 comprimés



22,00

عن طريق الفم



①
إسطاسين 100 ملغ
دوكسيميداكلين



22,00

10 أقراص

PPV :
LOT :
PER :

عن طريق الفم

①
إسطاسين 100 ملغ
دوكسيميداكلين



22,00

PPV :
LOT :
PER :

10 أقراص