

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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 Étage 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° M21- 0033379

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 98A Société : RAM 24267

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. MANANE ZAHRA

Date de naissance : 01/10/1986

Adresse : Block 1111 251 N°02 DAR L'ATLANTIQUE

Tél. : H. MANANE

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2021

Nom et prénom du malade : H. MANANE ZAHRA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Dyslipémie

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

12/06/2021 C 15086 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE Zakia
Bp L N° 8 Dar Lamane
Ay Mohammadi - CASA
Tél: 0522.60.80.71 10/06/21 155,60

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

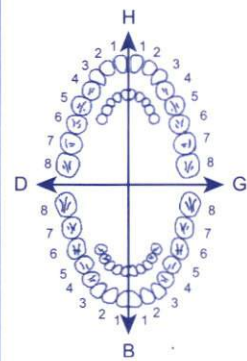
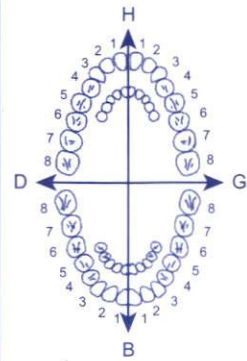
AM PC IM IV

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXE

Dr. NIBANI KHAYATima

Omnipraticien

Lauréate de la faculté de Médecine
de Casablanca

Diplômée en Echographie Générale
et Obstétricale de Faculté René

Descartes Paris

Suivi de Grossesse - ECG

Diplômée en Diabétologie de

la Faculté de Médecine Montpellier

DU de Nutrition et Diététique Médicale

Faculté de FES



PHARMACIE DU PARADIS

Dr. BOUSTANE Zakia

Bloc L - N° 8 Dar Lamane

Hay Mohammadi - CASA

Tél: 0522.60.80.71

الدكتورة نباني خياط فاطمة

الطب العام

خريجة كلية الطب الدار البيضاء

حائزة على دبلوم الفحص بالصدى

بجامعة روني ديكرات بباريس

مراقبة الحمل - تخطيط القلب

حائزة على دبلوم أمراض السكري

بكلية الطب مونبيلي

دبلوم الحماية الطبية و التغذية

كلية الطب بفاس

Casablanca, le : 10/06/2024 في : الدار البيضاء،

TANANE ZAHRA

Leoblyon 50mg
2cp avant aje

Leoblyon 25mg

1cp 2 fois / 2
a l'heure avec
1/2cp 2 fois / 2

Extromag
2cp 1 fois



Dr. Fatima NIBANI KHAYAT
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
Lot. G 237 App. 2 Dar Lamane H.M.
Tél: 0522.60.80.71

مجموعة 237، شقة 2، دار الأمان - الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 60 66 97

Lot. G 237 - App. 2 Dar Lamane - Hay Mohammadi - Casablanca - Tél.: 05 22 60 66 97

COOPER PHARMA

PPC: 95,00 DH

MAGNÉSIUM

Participe à la résistance au STRE



118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH



6 118001 102006

Levothyrox® 25 µg,

Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH