

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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 caractériel personnel.

Nº M21- 0050836

MUPRAS

RECEPTION

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2610 Société : RAM 81311

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AZMI EL MOSTAFA.

Date de naissance : 23.12.1957.

Adresse : 112 LOT EL WAFAT DEROUA

Tél. 0663072895 Total des frais engagés : 600 Dhs Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

09/08/2021

AZMI EL MOSTAFA Age: 23/12/57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie chronique

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 : DEROUA

Le : 09/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE EL OUMOUMA 244 lotissement el wafa Deraoua</p> <p>Fix : 05.22.53.20.54</p>	9/8/17	600,00

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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 canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) in an occlusal view. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the upper and lower arches. Landmarks are indicated by letters: H at the anterior tip, D on the left side, G on the right side, and B at the posterior tip. The diagram shows the arrangement of the teeth and the overall shape of the mandible.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



valable 3 mois

Le 25/12/2024

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : AZMI EL MOSTAFA.

Présente

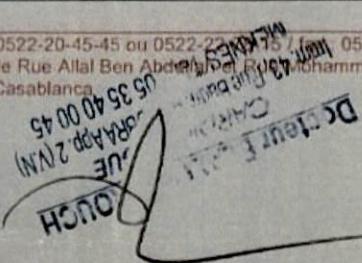
Cadre bilge / Mobile

Nécessitant un traitement d'une durée de : En

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-16
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage, Casablanca



● ○ ○

SHOT ON POCO M3

608070A

ZI Zenata Aïn Sébâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V. : 116,80 DH



9 118001 181636

11800102192884

Cardeniseïl® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables/B/30
PPV: 50,70 DHS



9 118001 100859

Cardeniseïl 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables/B/30
PPV: 50,70 DHS



9 118001 100859

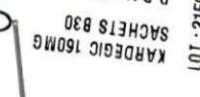
Cardeniseïl® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables/B/30
PPV: 50,70 DHS



9 118001 100859

PPV 107.60
EXP 04 2024
LOT 210971

118001 081189
Cardeniseïl 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables/B/30
PPV: 50,70 DHS



9 118001 081189

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V.: 35DH70
PER.: 09 2022



9 118001 100801 081189

LOT: 21E001
PER.: 09 2022

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O

O



PHARMACIE EL OUMOUMA
244 Ioussement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 Ioussement el wafaa
Deroua
Facture N° 60822.53
Date 08.22.53
M. AZMI EL MOSTAFAI
20.54

Quantité	désignation	Prix	Montant
3	Kordegic 160	35,20	107,10
3	cavoderm 12.5	10,72	32,16
1	Drogic 170a 1100	107,00	107,00
2	Lipanthyl 160	116,80	233,60
			T.S. 600,46

maphar O
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

60807A