

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 057308

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9593 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : DHARMA El Mostafa

Date de naissance : 04/05/1960

Adresse :

Tél. : 0663 089901 Total des frais engagés : 385,05 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/07/2021

Nom et prénom du malade : DHARMA El Mostafa

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. supline

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) :

[Signature]



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
28/10/2021		1	150000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/2021	835,50

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

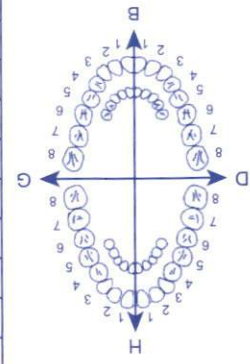
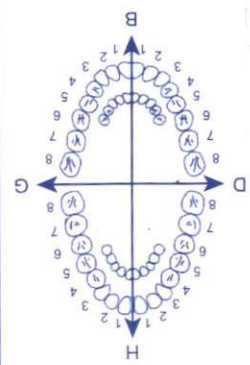
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			
		A M	P C	I M	I V

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES				Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
				H		
				D		
				B		
				G		
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES		
				H		
				D		
				B		
				G		
COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES		
				H		
				D		
				B		
				G		



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim LACHHAB

Diplômé d'Etat de la Faculté de Médecine
CHU Ibn Rochd Casablanca

MEDECINE GENERALE

Ancien FF interne à l'hôpital
Mohamed V - Hay Mohammadi

Tél : 05 22 73 59 73



دكتور عبد الرحيم الاشهب

خريج كلية الطب - المركز
الجامعي ابن رشد بالبيضاء
الطب العام

داخلي سابقا بمستشفى
محمد الخامس الحجي المحمدي
الهاتف : 05 22 73 59 73

29/07/2021

Mr DHARSMA Elmoustapha

74,80

SEPCEN 500

1 cp 2 / j av rep, pendant 5 jours

14,00

DOLIPRANE SACHET 500 MG

2 sachets 3 / j, ap

20,80

VITAMINE D3 BON 200 000UI/1ML

1 amp en prise unique (voie orale)

50,40

MUSFON

1 cp oro-dispersible 3 / j av

75,00

INESO 20 MG B/14

1 gél 2 / j, av

235,50

Immeuble 11 - Kariat Al Azhar - 3ème Tranche - Sidi Bernoussi - Casablanca
Mag. 1 Bloc 3 - 20640 Ahl Loughlam
Tél : 05 22 76 60 31

21، عمارة 11 - الشطر III - قرية الازهر - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

21, Immeuble 11 - Kariat Al Azhar - 3ème Tranche - Sidi Bernoussi - Casablanca

cabinet.dr.lachhab@gmail.com

14,40
PPV: 14DH40
PER: 08/23
LOT: J2201



LOT: M0532
PER: 04/2023
PPV: 75,00 DH

Fabriqué par :
Laboratoires Deva Pharmaceut

LOT: M0549
PER: 05/2024
PPV: 150,00 DH

24,00
LOT: 05821003
PER: 01/2023
PPV: 14,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 17116 CMP/21/NNPR



6 118001 272228
PPV: 20,90 DH