

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-460272

83978

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10594	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL HAYLANI ABDERRAHIM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661 26 32 83 Total des frais engagés : 292170 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr MOSTAFA TAJA MEDECIN DIABETOLOGUE 361 Bd IDRIS EL HARTI C-D CASA Tel. 05 22 38 69 87			
Date de consultation : 11 SEP 2021			
Nom et prénom du malade : M. EL HAYLANI ABDERRAHIM Age: 47			
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : DIABETE T1			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11 NOV 2021

pm

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Najiwa Bannout N. 22 93 Ourn El Béchir	11/07/2019	2.971,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mostafa TACHFINE



Diplôme Universitaire en Diabetologie

Université de Bordeaux France

Diplôme Universitaire d'Echographie

Expert Assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور مصطفى تاشفین



حاصل على دبلوم لداء السكري

جامعة بوردو بفرنسا

حاصل على دبلوم في الفحص بالصدى

طبيب مكلف لدى المحاكم

ORDONNANCE

Casablanca, le : 11 Sept 2021 في : الدار البيضاء ، في :

M. EL HAYLANI Abderrahim

390,00 x 2 Galvusmet 30/1000

78,30 x 4 1 - - - 1

2 DIAMICR060m

92,00 x 4 1 - 1 - 1

3 INOPRIL 4mg

30,30 x 3 1/2

4 KAPRIGIC 1/2

120,70 x 4 1/2

Dr Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRIS EL HARTI C-0 CASA
Tel: 05 22 38 69 87

Zolam 30

Banotropizine Glycon

25,00 x 3 3x1

S.P.

شارع ادريس الحارشي . قرية الجماعة 361 --
320, Bd. Oum Errabbi, Oum Tel : 05 22 38 69 87

361, Bd Driss Elharti, CJ - Casablanca - Tél : 05 22 38 69 87

DOLICOX 90 mg
Etoricoxib

14 Comprimés pelliculés



PPV: 169DH00
PER: 05/24
LOT: K1301

169,00
Dolicox
11

2971,70

Dr. Mostafa TACHFINE
MEDECIN DIABETOLOGUE
361 Bd IDRIS EL HARRIC C-D CASA
105 22 38 09 87

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



78,70

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



78,70

SERVIER MAROC
DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



78,70

DIAMICRON® 60 mg
60 comprimés



78,70

KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



KARDEGIC 75 MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.

21001
06/23
120DH70

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.

21001
06/23
120DH70

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.

21001
06/23
120DH70

ZOLAM® 10 mg
28 gélules
PROMOPHARM S.A.

21001
06/23
120DH70

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 700/15 DMP/21/NRG
6 118000 022220

LOT 210833 1

EXP 03 2023

PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 700/15 DMP/21/NRG
6 118000 022220

LOT 210833 1

EXP 03 2023

PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 700/15 DMP/21/NRG
6 118000 022220

LOT 210833 1

EXP 03 2023

PPV 92 00

INOPRIL® 4 mg
30 comprimés sécables
AMM N° 700/15 DMP/21/NRG
6 118000 022220

LOT 210833 1

EXP 03 2023

PPV 92 00



PHARMACIE EL MANAL

320, BD OUM ERRABII, OULFA

Docteur en pharmacie

R.C :355074 Patente:35091196
T.V.A :092025188 C.N.S.S:7056931
Banque:190 780 212117567691 0011 34
Tél :0522 93 28 29

Le 11/09/2021

FACTURE N°166791

N° ICE : 001607520000095

N° IF : 51463579

MR ABDERRAHIM EL HAYLANI

ICE N° :

موريتانيا
Pharmacy EL Manai
Dr. Najat Bennani
320, Bd. Oum Errabii, Oulfa
Tel: 05 22 94 94 94

TOTAL T.T.C :

765,00

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	765,00	Montant	127,50
---------------------	----------------------	------------------	-----------------------	---------------	----------------	---------------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Sept Cent Soixante Cinq Dirhams.