

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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.

Maladie :

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 - 6^{ème} Arrondissement - Casablanca
Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
20 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0055497

84347

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1388 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAJJAR Mohamed
Date de naissance : 20.05.1966
Adresse : 5, Rue Ibn Chikh el Karaoui -
Résidence VILNA Apt 9 4^{ème} étage 2 Mars Casablanca
Tél : 0666245726 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 9/8/2021
Nom et prénom du malade : OUAZZANI, CHAHOL RAJAA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : A/P 1/2 O.R.
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 : 10/09/2021
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
9/8/21	C2		25006	DOCTEUR HAMEL SAM Spécialiste O.R.L. Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca 10, Bd de la Liberté - Casablanca Tél : 0522 31 14 90 - Tél/Fax : 0522 30 39 85

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/21	1676,90

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	

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

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

Docteur ISSAM HAMZÉ

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Paris

Spécialiste Maladies et chirurgie
Nez - Gorge - Oreilles

10 (ex - 182) Bd de la Liberté

CASABLANCA

Tél. { Cab. 05.22.31.14.90
Dom. 05.22.30.39.85
05.22.91.65.16

الدكتور عصام حمزي

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة

الأنف - الأذن - الحنجرة

10 (سابقا) شارع الحرية

الدار البيضاء

05.22.31.14.90 العيادة
05.22.30.39.85 الهاتف
05.22.91.65.16 المنزل

Casablanca, le 09 AOUT 2021

الدار البيضاء في

M^{re} OUAZZANI
CHAHDI RAJAA

maltofer

- Fermentat al

14 eff. (1 po)

pendant
2 mois.

1 gélule

- Novex 0,4 mg

347,10 x 4 - 1 mg s/c

eff. po 10 jrs

- Cardioaspirine 100 mg

27,70 x 2 - 1 cp / i

DOCTEUR ISSAM HAMZÉ
Spécialiste ORL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
10, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél. : 0522 31 14 90 - Tél/Fax : 0522 30 39 85

P. S. V. P

Ze TALA X

29,50

1 tube



24

Lot : 046
À utiliser de
préférence avant le : 05/2026
PPC : 79,50 DH

1676,90



DOCTEUR HAMZE ISSAM
Spécialiste O.R.L.
Diplôme de la Faculté de Médecine de Paris
10, Bd de la Liberté - Casablanca
Tél : 0522 31 14 80 - Tél/Fax : 0522 30 39 85



Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطيما
othema



V G T
E W F
P F V

3 1 0 4 9 7
3 4 7 1 2 1 4

347,00

Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطيما
othema



V G T
E W F
P F V

3 1 0 4 9 7
3 1 0 4 9 7
3 1 0 4 9 7

347,00

Novex®

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



سوطيما
othema



V G T
E W F
P F V

3 1 0 4 9 7
3 4 7 1 2 1 4

347,00

Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



VEP
 EVF
 PFV

3 1 0 4 9 7
 3 4 7 1 2 1 4

347,00

مالتوفيفور®

100 مغ

عن طريق الفم

30

قرصا مغلفا

Vifor

38,50



مالتيوفير®

100 مغ

عن طريق الفم

30

قرصا مغلفا

Vifor

38,50



مالتوفيفور®

100 مغ

عن طريق الفم

30

قرصا مغلفا

Vifor

38,50



مالتوفيفور®

100 مغ

عن طريق الفم

30

قرصا مغلفا

Vifor

38,50

