

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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0051390

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6714 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KRITA AHMED
Date de naissance : 15/12/1979
Adresse : 174 Rue St Laurent Appt 508 - CASA
Tél : 0661 721103 Total des frais engagés : 1015,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 04/10/2021
Nom et prénom du malade : KRITA Ahmed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + Rh + diabète
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 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
04/10/2021			1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Pharmacie Chahrazad Casablanca
Rue Ez Zouhour 148 Bis
ex Rue Saint Laurent Casablanca
Tél 05 22 81 03 35

04/10/21

8658

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

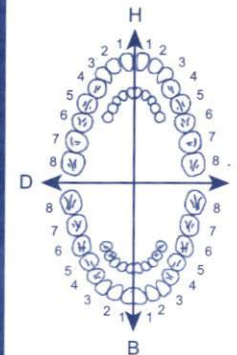
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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

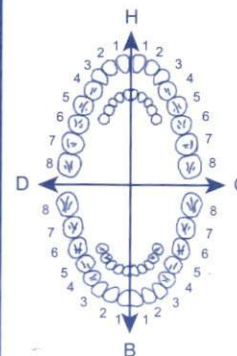
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 zourganne fatima

Médecine générale

Certificat de planification familiale (DIU)

Ex. Médecin chef du centre de santé ibnou tofail

الدكتورة زركان فاطمة

الطب العام

شهادة في تنظيم الأسرة (ترتيب العنبر)

الطبيبة الرئيسية سابقا للمركز الصحي ابن عوفيل

345, شارع عبد الله الصنهاجي - الطابق الاول حي الفرج البيضاء

345, Av. Abdellah Senhaji, 1^{er} étage Hay El farah- casablanca

05 22 81 15 02 - 05 27 10 33 64

Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah Senhaji - 1^{er} étage
Hay El Farah - CASABLANCA
Tél : 05 22 81 15 02

Ahmed
150/12,5

134,30
Lumetophyl

Pharmacie Chahrazad Casablanca
A.R.I AU
Rue Ezrouhour 148 Bis
(ex Rue Saint Laurent) Casablanca
Tél 05 22 81 03 35

X 6 mes

30,00
2/2
Yaukalfen

865
14 le
Dr ZOURGANNE Fatima
MEDECINE GENERALE
345, Av. Abdellah Senhaji - 1^{er} étage
Hay El Farah - CASABLANCA
Tél : 05 22 81 15 02



Co-Vepiran[®] 150 mg/12.5 mg
28 comprimés pelliculés SOTHEMA

12,5/ملغ
صا مغلفا
عن طريق الفم

MYANTALGIC[®] 20 comprimés pelliculés

PPV 30DH00
EXP 05/2023
LOT 14080 9

MYANTALGIC[®]
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00
EXP 11/2022
LOT 98039 3

إبريزارتان/هيدروكلوريتا

كو-فانتالغيك

A34,30





134,30

کو-فشیپیران®

ایربیزارتان / هیدروکلوروتیازید



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طریق الفم



Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,30

کو-فشیپیران®

ایریزاتان / هیدروکلوروتیازید



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طریق الفم



Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,30

کو-فشیپیران®

ایربیزارتان / هیدروکلوروتیازید



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طریق الفم



Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,30

کو-فشیپیران®

ایربیزارتان / هیدروکلوروتیازید



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طریق الفم



Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893



134,30

کو-فشیپیران®

ایریزاتان / هیدروکلوروتیازید



150 ملغ / 12,5 ملغ

28 قرصا مغلفا

عن طریق الفم



Co-Vepran® 150 mg/12,5 mg

28 comprimés pelliculés SOTHEMA



6 118000 022893