

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.

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.

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.

Prothèse 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

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- 066451

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 71100 Société : RAN 96239

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARID FATIMA = 220000

Date de naissance : 10-12-1965

Adresse : Habitatuelle

Tél. : 066140789 Total des frais engagés : 100 + 668,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 DEC. 2021

Nom et prénom du malade : M. Farid Ezzah FARID Age : 1965

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète + Cholestérol

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 : Casablanca Le : 08/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
8.12.21	V.N.		400,00 877	Dr. M. BIRKOU M. Médecine Générale Homéopathe - Hypnose Thérapeutique 71, Bis Abou Salt Andaloussi Maârif - Casablanca Tél: 05 22 25 95 40

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Lahjajima Avenue du Parc - Résidence Taghazout - Casablanca Tel: 05 22 29 35 64	08-12-21	668,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

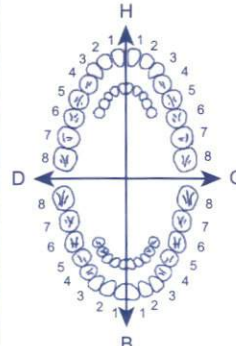
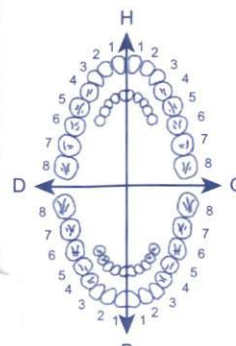
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

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 M'BIRKOU

Médecine Générale
Homéopathie
Hypnose Thérapeutique
Tel : 0522 25 95 40
Autorisation n° 5.375

الدكتورة أميركو

الطب التجانسي
العلاج المغناطيسي
الطب العام
الهاتف : 05.22.25.95.40
بالموعد

Casablanca le mercredi 8 décembre 2021

Mme FATIMA EZZOHRA FARID

1. LYCOPODE 9CH (12 doses)
1 dose par semaine * 3 mois. (mardi) 2
2. SEPIA 15CH (3 tubes)
2 granules le matin * 3 mois.
3. NUX VOMICA 30CH (3 tubes)
2 granules le matin * 3 mois.
4. ARSENICUM ALBUM 9CH (3 tubes)
2 granules le soir * 3 mois.
5. GELSEMIUM 15CH (3 tubes) : 2 granules le soir * 3 mois.
6. IGNATIA 30CH (3 tubes) : 2 granules le soir * 3 mois.
7. COLOCYNTHIS 5CH (1 tube) : 5 granules 3 fois par jours.
8. MAGNESIA PHOS. (1 tube) : 5 granules 3 fois par jour.
9. PROBIOTIS : 1 gélule par jour * 3 jours
10. D CURE FORTE (2 boites) : 1 ampoule tous les 15 jours * 3 mois.

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare - Résidence Taghazouti
Casablanca - Tel : 05 22 20 28 67

Dr. M'BIRKOU M.

Médecine Générale
Homéopathie - Hypnose Thérapeutique
71, Bis Abou Salt Andaloussi
Maârif Casablanca
Tel 05 22 25 95 40

Pharmacie Lahjajma
ZEMMAMA Nadia
Avenue du Phare - Résidence
Taghazouti - Casablanca
Tel : 05 22 20 28 67

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/2024

LOT: 21H23
EXP: 08/2024
PPV: 49,60 DH



PHARMACIE LAHJAJMA
RESIDENCE TAGHAZOUT AV DU PHARE BOURGOGN

R.C :210940

Patente:35603144

T.V.A :40507890

C.N.S.S:2029602

Tél :0522293564

Le 08/12/2021

FACTURE N°750487

N° ICE : 001632880000001

MME FATMA EZZOHR FARID

N° IF :

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
3	SEPIA OFFICINALIS T15CH	18,50	55,50	3,63	7,00
3	NUX VOMICA T30CH	18,50	55,50	3,63	7,00
3	ARSENICUM ALBUM T9CH	18,50	55,50	3,63	7,00
3	GELSEMIUM T15CH	18,50	55,50	3,63	7,00
3	IGNATIA AMARA 30CH	18,50	55,50	3,63	7,00
1	COLOCYNTHIS T5CH	18,50	18,50	1,21	7,00
1	MAGNESIA PHOSPHORICA T9CH	18,50	18,50	1,21	7,00
12	LYCOPodium CLAVATUM D9CH	15,50	186,00	12,17	7,00

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare, Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

TOTAL T.T.C : 500,50

Nbr Articles	TVA 7% Base :	500,50	Montant :	32,74	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinq Cent Dirhams et 50 centimes.