

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 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° W21-676965

12373

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12290 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BIRECH MOHAMMED YASSINE

Date de naissance : 28/09/1983

Adresse : RD NEAT HOUSE VILLA 55 DAR BOUAZZA - CASA

Tél. : 0669 7975 02 Total des frais engagés : # 1093,85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Afef Belkacem Hachimi
Oto-Rhino-Laryngologiste
Al Miraj Center Angle Bd. Anouar
El Ba. Abdelmoumen 2ème Etage N°10
Casablanca - Tél : 05 22 88 41 8

28 FEB. 2022

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Birech Mohammed Yassine Age :

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

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : 02/03/2022

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
08 FEV. 2022	C23		B22	091033894 Dr. Afaf Defekes Hadni Oto-Rhino-Laryngologiste Al Mieraj Center Angle Bd. Anouar el Ba Abdelmoumen 2ème Etage N°1

023

091033894

Dr. Afef Fefas Hadni
Oto-Rhino-Laryngologiste
Al Miraj Center Angle Bd. Anouar
et Bd. Abdelmoumen 2ème Etage N°23
Casablanca - Tél : 05 22 86 41 89

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR EL KENZ DR. BIDDA Bajaa Résidence Dar El Kenz 101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA Tél : 05 20 13 28 69	28.2.22	793.20

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm E2 - DAR BOUAZZA
Tél : 05 20 13 28 69

28.2.22

793.20

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AN

PC

IM

IV

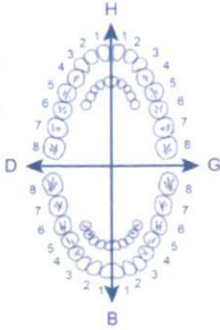
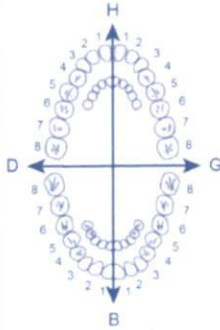
Montant détaillé
des Honoraires

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
G																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées[illegible]

Coefficient

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
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	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Afaf REFASS-HADNI
Oto-Rhino-Laryngologiste

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



د. عفاف الرفاص - حدني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le :

28 février 2022

Mr. BIRECH Mohammed Yassine

PHARMACIE DAR EL KENZ
Résidence Dar El Kenz
101-1 Immeuble E2 - DAR BOURAZA
Tel : 05 22 13 28 69
INPE : 091101645

AUGMENTIN 1G SACHETS/24

1 SACHET 3 FOIS PAR JOUR pendant 8 jours

DOLIPRANE 8 CPS EFF 1G

1 CP 3 FOIS PAR JOUR SI DOULEUR

INEXIUM CP 20MG

1 CP LE MATIN PENDANT 1 MOIS

MAXI FLORE CP [Qte : 2]

1 cp par jour pendant 10 jours A reprendre après 1 mois

STERIMAR PROTECT

LAVAGE DU NEZ LE SOIR

COTIPRED CP 20 MG

3 COMPRIMES PAR JOUR LE MATIN pendant 3 jours

BEROCA

📍 مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المومن، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء
1 COMPRIME PAR JOUR PENDANT 15 JOURS
محطة طرمواي عبد المومن (أخط الأول) أو أنوال (أخط الثاني)

📍 Al Miaraj Center: Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2ème Etage, N° 23 - Casablanca
Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

☎ 06 08 51 76 28 📞 05 22 86 41 86 ✉ refassorl@gmail.com 🌐 www.orlcasablanca.com



LOT LP9259
2022-11



Lot : F06/20
Dluc : 06/23
PPC : 79 DH

AUGMENTIN 1 g/125 mg
24 sachets



6 118000 161042



Lot : F06/20
Dluc : 06/23
PPC : 79 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou el aouam roches
noires caseablanca

INEXIUM

20 mg

Boite 14

Cpr GR

640150MP/21NRQ

P.P.V : 82,10 DH

6 118001

020591

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair brou el aouam roches
noires caseablanca

INEXIUM

20 mg

Boite 14

Cpr GR

640150MP/21NRQ

P.P.V : 82,10 DH

6 118001

020591

b

007114
22, rue des Carrières, 30000, Casablanca
S. Bouchou - Pharmacie Medisud

Boite 14

PPV : 48DH50
PER : 11/24
LOT : K3D10

Formule :
Prescription : 20 mg (sous forme de métrastaténazole sodique)
Excipients : 43 p. 1 comprimé effervescent sécable
Ce conditionnement contient au total quatre cents milligrammes de métrastaténazole (sous forme de métrastaténazole sodique)
Possibilité, mode d'emploi, indications, contre indications, excipients à effet, nombre : voir notice.



PPC : 95,00DH
LOT : DB03169
EXP : 06/2024



PPV : 48DH50
PER : 11/24
LOT : K3D10