

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.

Educational :

- 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 - 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- 063835

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 616 Société : 11/11/68

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHLI LANOUICIE

Date de naissance : 01.06.1948

Adresse : HAY ELINARA 1 RUE 14 N° 11 CASABLANCA

Tél. 06 64 82 55 94 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. HASSAN RHORBY
Neurochirurgien
Ras. Abdelmonem Center Angle Bd. Anoual
et Bd. Abdelmonem, Casablanca
Tél. 00 212 522 863 233

Date de consultation : 14 / 03 / 2022

Nom et prénom du malade : Briga Naïma Age :

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

Nature de la maladie : neuropathie diabétique

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 : 14 / 03 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

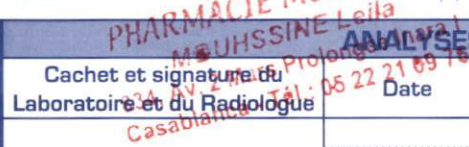
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14.03.2022	C		300 DM	

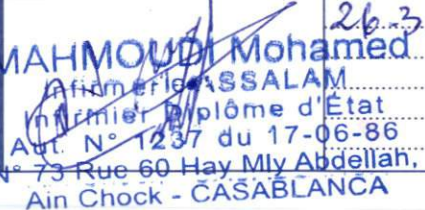
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/3/22 8/4/22	685,10 208,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

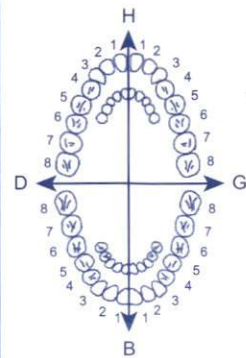
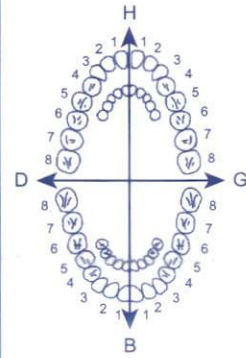
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	26.3.22			6		60,00

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 de l

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																
			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 Hassan RHORBY
Neurochirurgien

Chirurgie du Crâne, du
système nerveux et de la
colonne vertébrale

Electroencéphalographie

Ancien médecin des FAR

Ancien médecin de L'Hopital Avicenne -Rabat

Casa , le **14.03.2022**

Mme BRIYA Naima

$49,40 \times 3 = 148,20$
1 AMEP 5 MG

1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois.

$58,50 \times 2 = 117,00$
2 HYDROXO 5000 INJECT

01 injection IM par pendant 06 jours.

$30,70 \times 3 = 92,10$
3 KARDEGIC 160 mg pâte p sol buv : 30Sach

Prendre 1 sachet à midi, après le repas, pendant 3 mois.

$126,80$
 $20,100$
4 NO DEP 50 MG CP

1 cp le matin, après le repas, pendant 3 mois.

Docteur Hassan RHORBY

Dr. HASSAN RHORBY
Neurochirurgien
Res. Abdelmoumen, Casablanca
Aut. N° 1237 du 17-06-88
73 Rue 60 Hay Mly Abdellah,
CASABLANCA

MAHMOUDI Mohamed
Infirmier Diplôme d'Etat
Aut. N° 1237 du 17-06-88
73 Rue 60 Hay Mly Abdellah,
CASABLANCA

الدكتور حسن غربي

جراحة الرأس، الدماغ

الأعصاب، و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب سابقا بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بمستشفى، ابن سينا - الدار البيضاء



LOT: 21E007
PER: 02 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

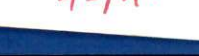
P.P.V : 30DH70



LOT: 21E009
PER: 05 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



LOT: 351
PER: SEP 2023
PPV: 125 DH 80

LOT: 351
PER: OCT 2023
PPV: 125 DH 80

PPV 58DH50

PPV 58DH50

49,40

49,40

49,40

جمع عبد المومن - زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن

الثاني الرقم 213 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 32 33

Res. Abdelmoumen Center, Angle Bd Anoual et Bd Abdelmour

2ème Étage Casablanca. Tél : 05 22 86 32 33

PHARMACIE MOUHSINE

834-836, Av. 2 Mars
Hay INARA I - Casablanca
Tél.: 05 22 21 09 76



صيدلية محسن

834-836 شارع 2 مارس

الإشارة 1 - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 21 09 76

Casablanca, le

05 22 21 09 76 : الهاتف
8/4/22

FACTURE № 001213

M. SAHIL LAHCINE

Quantité	Désignation	Prix U.	TOTAL
1	Gulecam 5/5	2080	2080

Arrêtée Ca présente facture
à la somme de deux cent
huit dhs.

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tel.: 05 22 21 09 76

2080

PHARMACIE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I
Casablanca - Tel.: 05 22 21 09 76

R.C. 212062 - Patente : 34016397 - C.N.S.S. 2068296