

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 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- 0037409

113301

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6624 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAZIANE KHARJA
Date de naissance : 10/08/1960
Adresse : Rue de Rome Wolilic(4) quartier hopital
Tél. : 066199334 Total des frais engagés : 992 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 27/4/22
Nom et prénom du malade : MAZIANE KHARJA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MAZIANE KHARJA
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 : 26/04/2022
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
21/11/22	Un	2009		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/04/22	792,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

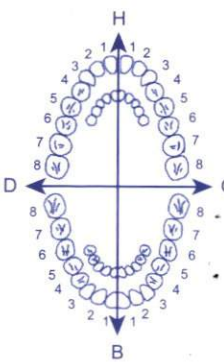
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Coefficient DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

الدكتور جواد حسييني عراقي

طبيب خبير محلف لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حائز على دبلوم الفحص بالصدى

من كلية الطب بـستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث

في الخصوبة ووسائل منع الحمل

Casablanca, le :

21/4/22

س ج

MA 21 Ans

KHAB

Contraception

Neo-Cap



OEDES 20mg
7 gélules



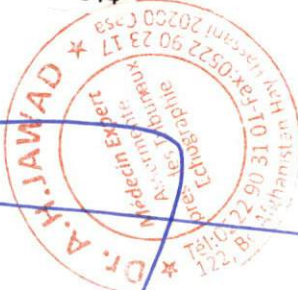
6 118001 100064

4 / Dolym 50, 100, 150

475,00 57 Baudelot Cn L pl

133,00 6 / ARCOXIA 90

PHARMACIE LM V
Dr. Mohamed LAHLOU
28, Bis Rue Salanique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél: 05 22 85 43 95
Fax: 05 22 81 53 31
PC: 318383 - IF: 15221985



792,00

Pharmacie Lycée Mohamed 5

DR. LAHLOU MOHAMED

0522854395

28 bis , Rue Salanique (Angle Rue de Rome), Casablanca



Facture N° 20220423-845

Date de vente : 23/04/2022

Médecin traitant :

MAZIANE KHADIJA

CASA, Maroc

Produit	Qte.	P.U	TVA	Total
CONTOUR PLUS B25 BANDELETTES	5	95,00	TVA (20.00%)	475,00

Total HT 395,83 DHS

TVA 79,17 DHS

Total 475,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-quinze DHS

PHARMACIE LYCÉE MOHAMED 5
DR. LAHLOU MOHAMED
28 bis, Rue Salanique (Angle Rue de Rome), Casablanca
Tel : 0522854395 - IF : 15221985

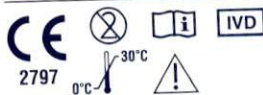
IF : 15221985 TP : 34465067 RC : 318383 ICE : 000510436000085 INPE : 092040492

Tel : 0522854395 RIB : SG : 022780000186002765227974

Adresse : 28 bis , Rue Salanique (Angle Rue de Rome), Casablanca

Contour[™]plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
بوارهای تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



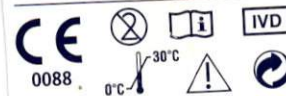
Contour[™]plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
بوارهای تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



Contour[™]plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
بوارهای تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



Contour[™]plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
بوارهای تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



Contour[™]plus

کونٹور پلس / کنٹور پلاس
Blood Glucose Test Strips
Bandelettes réactives de glycémie
شرائط اختبار جلوكوز الدم
بوارهای تست قند خون
For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی

