

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'Hôtel de Ville
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0007490

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10511 Société : PAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JBARI FARID
Date de naissance : 10-01-1982
Adresse :
Tél : 0665342485 Total des frais engagés : 826.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/04/22
Nom et prénom du malade : JBARI FARID Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypertension
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 : Beldjoudj Le : 08/04/22
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
08.04.22		cs	+ 2500	
13.04.22		ct	statut	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

08/04/22 48,0
 13/04/22 528,0

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

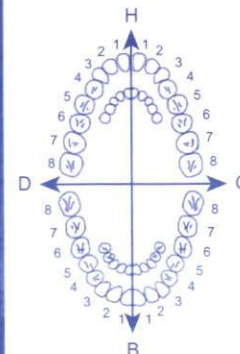
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. kaidi fatima zahra

د. قايدى فاطمة الزهراء

- Spécialiste en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca

- أخصائية بأمراض الغدد، داء السكري و أمراض الأيض
- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد



Ordonnance

Nom : JBARRI Farid Berrechid le : 08 ok 22

48,0



D Dimazol 10 →

24 15

TOT = 48,0

PHARMACIE EL MIN
Dr. AMIN HABER
N°188 Lot Rabba-Deroua
Tél : 05.22.51.53.39

→ 15j

DIMAZOL 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

PROMOPHARM S.A.



48,00

Dr. KAI, FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie

Gsm : +212 (6) 79 545 315 / Tél : +212 (5) 22 324 339/Kaidizohra6@gmail.com
333 Lot Nasrollah 1er étage N°3, Boulevard Mohamed V - Berrechid

Dr. kaidi fatima zahra

د. قايدِي فاطمة الزهراء

- Spécialiste en endocrinologie diabétique et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca



- أخصائية بأمراض الغدد، داء السكري و أمراض الأيض
- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Ordonnance

Nom : J. BART Faidi

Berrechid le : 13.01.22

48,10 x 11

→ Dimazet 10g



dep - dep - dep

PHARMACIE LA MIN
Dr. AININ HAIBER
N°186 Lot Nasrollah 1er étage N°3
Tél : 05 22 51 53 39

PHARMACIE LA MIN
Dr. AININ HAIBER
N°186 Lot Nasrollah 1er étage N°3
Tél : 05 22 51 53 39

Dr. Kaidi Fatima Zahra
Endocrinologie Diabétologie
Tél : 05 22 51 53 39

TOT = 528,0

Gsm : +212 (6) 79 545 315 / Tél : +212 (5) 22 324 339/Kaidizohra6@gmail.com
333 Lot Nasrollah 1er étage N°3, Boulevard Mohamed V - Berrechid

DIMAZOL[®] 10 mg

Carbimazole

50 Comprimés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 241850

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00

48,00