

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 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 062676

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9616 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KANA SAID

Date de naissance : 04/04/1981

Adresse : BARNOUSSE

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/07/22

Nom et prénom du malade : SAMIA Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNIP N° : A-A-215 / 2019

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

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
07/07/22	G		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ABDESSAMAD Dr. SARHANI ABDESSAMAD AYAL AZHAR, ZONE M, BLOC 12 H4 ET 5 (COMMUNE AIN LOGHILAN) 801 BERNOUSSI - CASABLANCA Tél : 05 22 78 76 86	07/07/22	183,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

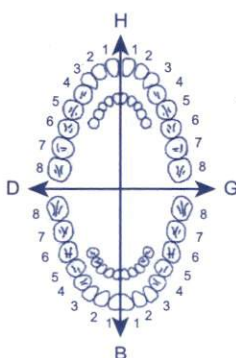
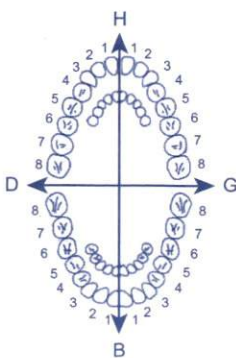
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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																
	<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 <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Reda Eyame

- Diabétologie
- Nutrition diabétique
- Omnipraticien
- D.U diabétologie Faculté de Médecin Fes
- D.U nutrition Faculté de Médecine Casablanca
- Echographie - ECG



الدكتور رضا أيام

- أمراض السكري
- الحمية والتغذية
- الطب العام
- دبلوم جامعي في السكري كلية الطب فاس
- دبلوم جامعي في الحمية والتغذية كلية الطب الدار البيضاء
- الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca, Le :

07/09/21

SARHANI

EL MACH



Casablanca

INPE: 092000975

PHARMACIE ABDESSAMAD
Dr. SARHANI ABDESSAMAD
HAY AL AZHAR, ZONE 14, BLOC 12 N°4 ET 5
(COMMUNE AHL LOGHILAM)
SIDI BERNOUSSI - CASABLANCA
Tél : 05 22 75 76 86

CARBOLINE CP BTE 30	
PPC : 75.00	
Ut Av	Lot :
11/2024	D390N
IPHADERM	
Date de fabrication / Manufacturing date :	

59,30	
LOT	21008
PER	05/24
PPV	59DH30



DR. EYAME
Diabétologie - Nutrition
Médical GH 09 HOP 3 HAY AL AZHAR
SIDI BERNOUSSI - CASABLANCA
0522 74 65 16 / 06 73 23 18 28

علاوة 1 GH09 شقة رقم 3 الطابق السفلي حي الأزهر مدينتي سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
الهاتف الثابت : 05 22 74 63 16 - المحمول : 06 73 23 18 28

49.5

2/

Flexant



PH



[Handwritten signature]

 α 

4

IL SAN

h

(R)



0

(A)

(a) $\int_{-\infty}^{\infty} f(x) \delta(x-a) dx = f(a)$

183.30

DR. F. YAMANE
Diabetologie - Nutrition - Endokrinologie
F. Yamane, Dr. med. habil.
Medizinische Fakultät
0522/74 65 16/106/73 23 18 28
Intern 1, G 169, April 3. Hof A1 Azhar
Madinat Benroussi Cosablanca

PHARMACIE ABDESSAMAD
Dr. SARIANI ABDESSAMAD
HAY AL AMRI, ZONE M, BLOC 12 N°4 ET 5
(COMMUNE AIN LOGHAM)
904 BERGHOUSI - CASABLANCA
TEL : 05 22 76 76 86

INPE: 092000975

Pour plus d'informations sur nos produits :

Site Web : www.inquirehealth.ma

Email : Contact@ingurehealth.com

Tel : +212 645 348 614

N° d'enregistrement au ministère de la santé :

720/18129/2021/COSMATD/DMP/BB/18

N° de lot : F-03

Date de Fab : Oct-21

Date d'Exp : Sep-23

PPC : 49.00 MAD



8 906115 620985