

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° P19- 060842

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1187 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Salek Rachida

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.18.85.23.88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hasna AZMI
Rhumatologue
14, Bd. de Paris
CASABLANCA

Date de consultation : 12 / 04 / 2022

Nom et prénom du malade : Salek Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Scapulalgies, gonalgies bilatérales, ostéalgies, lombalgies

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) :

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
12/04/22	cs		300,00	
23/04/22	co		gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/04/22	367,70
	23/04/22	1017,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

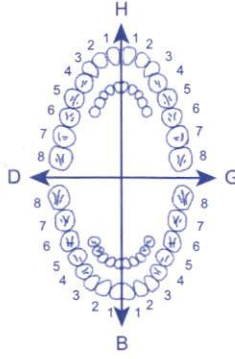
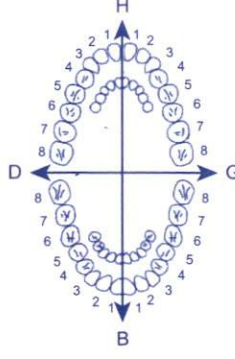
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 CCEFFICIENT 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. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 12/04/22 في الدار البيضاء

1^{er} Salek

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél : 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 79480000

51.00 x 2

1) Coltrax inj

1 inj en 17 x 19 Jours

2) Vitaneuril

2 ep ap. f. bou et 1 ep ap.

51 hour x 15 Jours

100.40

3) Dexin ep

1 ep le 1^{er} soir au coucher

du repas à 12 jours
136.70
4°) A lyse 25 mg

1 gel ap. repas au
coucher à 12 jours

Coltrax® 2 ml ☒
6 ampoules

6 118000 120339

SV

LOT 047821
UT AV 10 2024
PPV 51.00 DH

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd Sour Jdid Casablanca
Tél.: 0522 22 02 61

30.7.20

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél: 05 22 22 02 61
ICE : 00 159 7948000034

Coltrax® 2 ml ☒
6 ampoules

6 118000 120339

LOT 047821
UT AV 10 2024
PPV 51.00 DH

Dr. Hasna AZMA
Rhumatologue
14, Bd. de Paris
CASABLANCA

VITANEVRIL® FORT 100 mg ☒
30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

PPV
LOT 28,80
PER

6 118000 10408471


Lot: 21F423
Exp.: 06.2024
PPV: 136DH50

LOT 100,40
PER 11/24
PPV 100DH40

Brexin®
20 comprimés effervescent
PROMOPHARM

6 118000 241171

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne

vertébrale

الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري



PPV: 49,60 DH
LOT: 21K17E
EXP: 11/2024

PER

LOT

Add

Casablanca, le 19/04/22 في الدار البيضاء

49.60

PHARMACIE DU CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél: 05 22 22 02 61
CE 00 159 794800003



Salah
Rachida

1°) D - care forte (1bte)

1 ampoule / mois

2h ap. f. bon

de pain 283.00

2°) Chondrocef 400 w

1 gel x

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

PPV

LOT

PER

28,80

cabinetrhumatologie14@gmail

14, Boulevard de Paris, 2^{ème}

VITANEVIL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV: 283,00 DH

25 22 48 04 04 - الهاتف: الدار البيضاء. الهاتف: 14

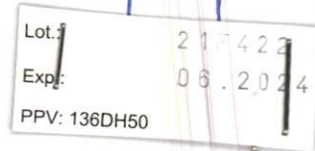
22 48 04 04 - E-mail: cabinetrhumatologie14@gmail.com

98.80 x 5
3.) Vitacuril



2 ep. ap. fibre et 1 ep ap.
matin

s'hau x 2 mois
soin



136.50

4.) A lyse 25 mg
1 gel x 2 / j

Pharmacie CROISSANT
3, Bd. Sour Jdid - Casablanca
Tél: 05 22 22 02 61
ICE: 00 159 7948 0000 33



fibre
s'hau soin



21,20

ap. repas x 2 mois



21.20

5.) Indopharm 100 mg suppo
1 suppo / j (2 btes)

63.30

6.) Zallonyl
2 gel x 2 / j



Dr. Hasna AZMI
Généraliste
A. Bd. de Paris
CASABLANCA



37.00

7.) Du Lashan
1 ep x 2



1017.60