

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.



Declaration de Maladie

N° W21-721298

125395

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1183

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HABIB MOHAMMED

Date de naissance :

01-01-1948

Adresse :

100, Rue Brahm Nakhaj Maarif
ENNAJON Casablanca

Tél. :

0681133679

Total des frais engagés :

697,60 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

MLD

Nom et prénom du malade :

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'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05-07-2022

697,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan d

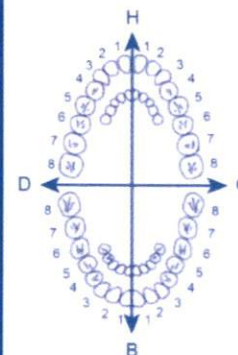
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

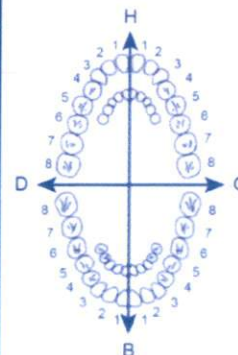
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38,rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20220808-236

Date de vente : 05/07/2022
Médecin traitant :

MR HABACHI MOHAMED

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
NATRIXAM CO 1.5MG/5MG B30 COMP	2	79,90	Exonéré (0.00%)	159,80
COVEPRAN CO 300MG/25MG B28 COMP	2	153,60	Exonéré (0.00%)	307,20
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	2	27,70	Exonéré (0.00%)	55,40
NEBILET CO 5MG B28 COMP	2	87,50	Exonéré (0.00%)	175,00

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca
Tél : 05 22 990 710 - 05 22 990 703 - 06 18 18 41 01
@ paralaibrise@gmail.com le brise parapharmacie
ICE : 001688166000012 - INPE : 092037134

Total HT	697,40 DHS
TVA	0 DHS
Total	697,40 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix-sept
DHS et quarante centimes

15360

15360

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

14011124
6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg-O
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

14010042
6 118001 130184
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
PPV : 79,90 DH

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

HABACHI MOHAMMED

Matricule :

1183

N° CIN :

B53531

Adresse :

100, Rue Brahim Nakhi, Maarj extension
Casablanca

Bénéficiaire de soins :

☒ Adhérent

☐ Conjoint

☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr LARBI

Spécialité :

Cardiologue

N° ICE :

N° INPE :

091166983

Certifie que Mlle, Mme, M. :

HABACHI MOHAMMED.

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

HTA

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA chronique depuis 1995

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Sous traitement S/I, Couprone 300/25
Nifedipine S/I, Corduroxine.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 28/03/2022

Signature et signature du médecin traitant :

DR. M. ALLEGUE
CARDIOLOGUE
RIBH "D" Centre Sd Bir Anzaran
Rue Calixte Agnès, Agence NWI
Quartier Maillot - Casablanca
20 22 - Tél. 0522 22 78 15

Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées