

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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° M21- 0034439

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8382

Société : RAT

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom

ZEROUAL MUSTAPHA

Date de naissance :

23.10.1956

Adresse :

QUARTIER YAHYA ZEROUA

Tél. : 06.76.76.04.87

Total des frais engagés : 1013,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
1er étage, Lot. ALWAHDA
Tél : 0522 036 000

Date de consultation :

05/08/2022

Nom et prénom du malade :

ZEROUAL HALIMA

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 : DEBOUA

Le : 25/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
| 05/09 2022 | 01 | | 150,00 | |
| 19/09 2022 | Consult | | G | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 06/09/22 | 599,20 |
| | 19/09/22 | 264,40 |

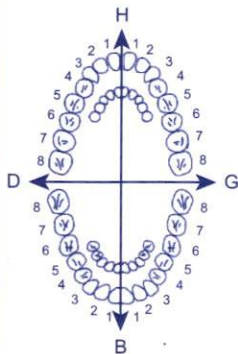
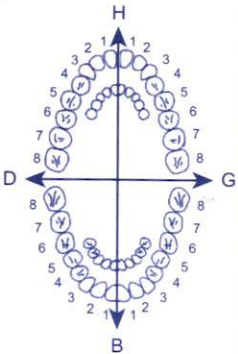
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

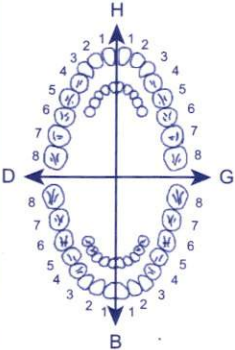
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | FIN D'EXECUTION | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.

Ancien Médecin Interne
au CHP Ben M'sik.



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن امسيك

الدروة، في: 06/09/2022
Deroua le :

Zeroual Hamza

132.90

1) Gabline 25mg

0 - 0 - 2



22. 2) Cédol up

1 - 1 - 1

3) Ipranidol CP

0 - 1 - 1

4) Rextard in

30 - 00 - 32
148.10 x 3 = 444.30

5) Glyxone 1mg

20 - 1 - 1

599



Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.



252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.

الهاتف: 0522 036 000

Glynorm[®] 1 mg SOTHEMA
Boite de 90 comprimés
AMM MAROC N° 244/16 DMP/21/NNP



LOT 220748 2
EXP 03 2024
PPV 148.10 DH

LOT 220748 2
EXP 03 2024
PPV 148.10 DH

Boite de 90 comprimés
AMM MAROC N° 244/16 DMP/21/NNP



6 118000 023241

22,00

Cédol[®]
20 comprimés



6 118000 180913



GABLINE[®] 25 mg
Boite de 56 gélules
AMM N°: 108R1/20/DMP/21/NNPd



GABLINE[®]
Prégabaline

LOT 221502
EXP 05 2024
PPV 132.90 DH

25 mg

رياكلينيد

LOT 220748 2
EXP 03 2024
PPV 148.10 DH



Glynorm[®] 1 mg
Boite de 90 comprimés
AMM MAROC N° 244/16 DMP/21/NNP

Dr Hamza JAMI

OMNIPRATICIEN

Lauréat de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.

Ancien Médecin Interne
au CHF Ben M'sik.



الدكتور حمزة جامي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق

بالمركز الإستشفائي بن أمسيك

Deroua le : 19/09/2020 في الدروة

Zeroual Heli

31,60

1/ paragin

cut



52,80

1 - 2

3

Ubipm



051

180,00

1 cp x 2

3

Veca 10



x 3

264,40

0 - 0 - 1



Dr. Hamza JAMI
Médecin Généraliste
182, 1er étage, Lot ALWAHDA
Deroua - 0522 036 000

252, الطابق الأول، تجزئة الوحدة 2، أمام مختبر التحليلات الدروة
252, 1er étage, lot ALWAHDA 2 en face du labo d'analyses médicales Deroua.

الهاتف: 0522 036 000

Ubiprox 500mg
10 Comprimés
Deva Pharmaceutique



6 18000 410188

ريڤوكساسين

LOT: M0697
PER: 02/2024
PPU: 52,80DH

31,60



Pevagine 1% Crème
Tube de 30g

ريڤاݣين 1% كريم

Pevagine 1% Crème
Tube de 30g



6 18000 090571

31,60

AMM : 169/20DMP/21/NNPd

Veca® 10 mg
Boîte de 30 comprimés
pelliculés



6 118000 096573

LOT : 5861
UT. AV : 12-24
P.P.V : 180 DH 00