

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0053374

14/05/23

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Zouggari R. A. D. I. A.
Date de naissance :
Adresse :
Tél : 0661200384 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 13/1/2023
Nom et prénom du malade : Zouggari R. A. D. I. A. Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Indyl & aut. Srendi
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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) :

Adresses Mails utiles

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

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
13/11/23				Docteur HADJIMANOLIS Professeur de Néphrologie - Néphrologie Angle Bd d'Avril et Rue Mansard 167 05 22 23 38 35/36 - 05 22 99 49 92 Fax: 05 22 69 49 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

13/11/23 549,30

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

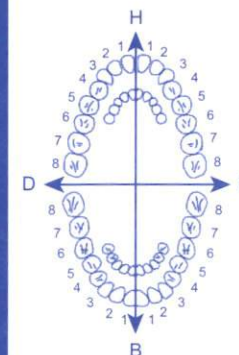
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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



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

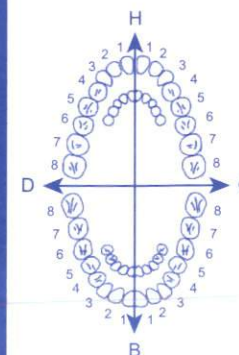
Coefficient DES TRAVAUX

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

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا

Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتصفية الإصطناعية

أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

13/11/2023

Zou ffordi Ronda

39,00

ocde

141 jar

7460 -

Lin affa 25

141 jar

5780 x 2

LD Nor

141 jar

53,30 Ballonyt

14 x 2 jar

3460 x 4

Labelix

141 jar

1460 x 4

Dyplane 1000

14 x 2 jar

549,30

PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Menjra
101 Bd. Abdelmoumen
Casablanca - Tel : 05 22 38 35 76

Docteur HACHIM Khadija
Professeur de Néphrologie - Hémodialyse
Angle Bd. 9 Avril et Rue Mansard
Tél : 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92
Fax : 05 22 99 49 92

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

EXP 04/2024
PPV 99.00DH

PPV 140H60
PER 10/25
LOT L3685

PPV 140H60
PER 10/25
LOT L3685

PPV 140H60
PER 10/25
LOT L2873

PPV 140H60
PER 08/25
LOT L2750

LOT : 22E010
PER : 04 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E010
PER : 04 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 19E001
PER : 06 2023
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E010
PER : 04 2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60



6 118000 060468



5 118001 200757

EXP: 01 2024
PPV: 74 DH 60

LOT: 220722
DLUC: 09/2025
63/30 DH



6 111269 050034

Favorise l'é

LOT : 221191
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221192
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH