

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1127 Société : 153966

Actif Pensionné(e) Autre : DRIFI FAZIA

Nom & Prénom : DRIFI FAZIA

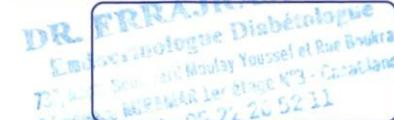
Date de naissance : 29/12/1944

Adresse : 504, Rue Gouraud casab

Tél. : 06933 110 93 Total des frais engagés : 118970.04 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/8/2023

Nom et prénom du malade : DRIFI FAZIA Age : 1945

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : diabète type 2 + maladie rizelle

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : CHANE

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 : casab Le : 20/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : DRIFI FAZIA

RELEVE 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
23/2/23	C2	300 DH	DR FATHIMA Enfant et adolescente Tutorat et suivi de l'adolescence Résiduelle m... Tél : 05 22 20 52 11	(Signature)

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMA ASSEHIL lot 1 EMA Signature	23-12-23	1189,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

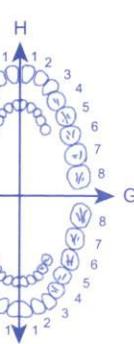
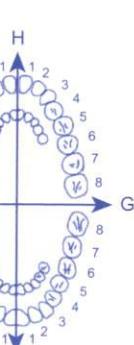
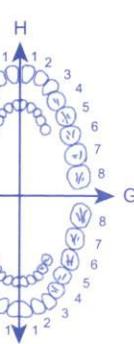
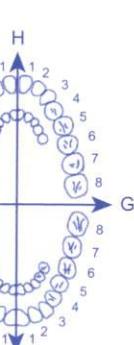
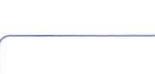
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, 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 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX 
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION



Re 23/2/23 ..

Mrs. Drifi fatima -

- Humalog 80 : $111.00 \times 6 = 666.00$

18 VT a midi

13 VT le soir

- leustrop 80 : 141 (13.00)

- leustrop 25 : 141 (1)

- Imovane 75 = 141 (13.00) $141.50 \times 3 = 424.50$

X 3

- Erytrop 150 : $126.50 \times 3 = 379.50$
 $60.10 \times 2 = 120.20$

- Vn al 0.125 : $74.60 \times 3 = 223.80$

- Heparin 125 (1.80) $61.80 \times 3 = 185.40$

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807
LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807
LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807
LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807
LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ



6 118001 071807

LOT D455069N.4
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 012368

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 012368

41,50

Imovane 7,5 mg
Comprimés pelliculés
sécables

6 118000 012368

41,50

41,50



6 118001 200757



6 118001 200757



6 118001 200757

Lot: C78719
01 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

070526

Lot: C78719
01 2024
EXP: 74 DH 60
PPV:

070526

Lot:
EXP:
PPV:

C78719
01 2024
74 DH 60

070526

Epyca® 50 mg
Prégabaliné
14 gélules
PPV.: 60DH10
PROMOPHARM S.A.
6 118001 260683

Epyca® 50 mg
Prégabaliné
14 gélules
PPV.: 60DH10
PROMOPHARM S.A.
6 118001 260683

41,80 DH
Lot: Y269M
Per: 09-2025



6 111255 870202

PHARMA UG
ASSEHUE FARMACEUTIC
SIOR KAHAT MADAG
Tel: 05.22.95.93.87

1189,70

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ

6 118001 071807

Humalog® MIX50 100U/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Bouteille de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 349/17 DMP/21/NRQ