

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

- 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

M22- 0036126

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2731 Société : RAN
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : HICHAM LATIFA
 Date de naissance : 15/03/56
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0624606038 Total des frais engagés : 300 + 1625 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/2023
 Nom et prénom du malade : Hicham Latifa Age : 67 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète de type 2
 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 : CASABLANCA Le : 20/03/23
 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
20/03/23	3		300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MZOURA Dr MEMO BENMARIKOUF TEL: 06 81 06 92 32	20.3.23	1625,80

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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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

Docteur
Prof

بي-أوراجين

Spécialiste en
N°
Ancien A
قرص
قابلا

سببراميسين 1500000 وع - مترونيبول 250 ملغ

LOT: 7548
PER: 09/2009

دكتور حسن الغماري
أستاذ جامعي بكلية الطب والصيدلة
أخصائي أمراض الغدد - داء السكري
التغذية والنمو
طبيب سابقا بمستشفى سان لوك
مونتريال - كندا

Casablanca, le : 20/03/93 : الدار البيضاء في

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

Mme HICHAM Latifa

MIGRALGINE

0-0-1, pendant 15 JOURS

ODIA 3 MG

1/2-0-0, pendant 3 MOIS

JANUVIA 100

0-1-0, pendant 3 MOIS

IPRADIA LP 1000

1-0-1, pendant 3 MOIS

TANGANIL 500

0-0-1, pendant 15 JOURS

A Z

1 cp / j, pendant 3 JOURS

BIORAGIN

2 cp / j

thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

thérapeutique

P.P.V: 393,00 DH.
Distribué par MSD MAROC.
AMM N°: 121/14/DMP/21/NRQ

~~728860~~ Tanganil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغ

30 comprimés - قرص 30

VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

AZ® 500 mg
Aminomycine

Boîte de 3 comprimés
PPV: 60,00 DH



6 118000 190097

TOTAL = 1625,80

Professeur Hassan EL GHOMARI
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Nutrition
Abdelmoumen Center Angle Boulevard Anoual
Abdelmoumen N° 313 - Casa - Tél: 05 22 86 14

PHARMACIE MZOURA
D. EL MOURA
05 22 86 14

مركز عبد المومن، زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن، الطابق الثالث - رقم 313 - الدار البيضاء
Abdelmoumen Center, Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen, 3^{ème} étage - N° 313 - Casablanca

الهاتف : 05 22 86 14 14 / 05 22 86 37 44 - البريد الإلكتروني : hassanelghomari@yahoo.fr

N° INP : 091028506 - ICE : 001663750000032

25,10

LOT 223738 1
EXP 10 2025
PPV 60.00

LOT 223738 1
EXP 10 2025
PPV 60.00

25,10

25,10

بي-أوراجا
سبيراميسين 1500000 وع - مترونيديازول
LOT : 7723
PER : 07/25
PPV : 65,20 DH

25,10

25,10

25,10

Lot: 08
DE MEMO
L'ANNÉE