

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

162854
AB

Déclaration de Maladie : № P19-0009128

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKIR Mina Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Rue Sidi Ali, 33 ATTA DAADOU NI NOUNGA (Chew)

Tél. : 0604445124 Total des frais engagés : 195-1010 DT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. DRISI OUDGHIRI Meryem
Endocrinologue
10 - 11 Lts Selouane Sami Center
Oulfa - Casablanca
INPE:061307724

Date de consultation : 30/03/2023

Nom et prénom du malade : Mme BAKIR Mina Age : 71ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION METABOLIQUE

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 : CA SA Le : 20/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
30/01/2023	CS	01	300,00	Dr. DRISSTOUDGHIRI Meryem 10-11 Lts Selouane Sani Center Oulfa Casablanca Ref: 06130772

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. Hajjaj N° 6 N° 3 Lot 641 Casablanca Tél: 052 23 10 28</i>	30/03/23	1660.10
<i>Dr. Hajjaj N° 6 N° 3 Lot 641 Casablanca Tél: 052 23 10 28</i>	12/04/23	34.00

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dernière intervention, 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 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 DENTAÎRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Drissi Oudghiri Meryem

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition et
Maladies métaboliques

LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

الدكتور داديسي و دغيري مريم

أخصائية في أمراض الغدد السكرية

151,60

151,60

151,60

46,00

46,00

46,00

46,00

46,00

46,00

tt de
03 mois

221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH

221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH

221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH

221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH

221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH

221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH
221592 EXP : 12/2025 PPV : 99,00DH

Casablanca, le 30/3/2023.

لدار البيضاء، في

Mme BAKIR Mina

30,70 + 3

Kardegic 1s 1j

Glucophage 1000 mg

Exp. PPV: 136DH50

1/2 - 1 1/2

Utria 20 mg

Polynorm 2 mg

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

1/2 - 1 1/2

M

~~skir Min~~

Ste PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
0920 30 26 71
001837609000057

~~total de
Corridas~~ 29/04/23

Facture N° 68