

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 : N° S19-0053189

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAAFAR ISMAILHASANI Date de naissance : 26-11-62
Adresse : N°4 Rue N°4 ALPODS3 LISSAFPA
Tél. : 06 45 68 97 Total des frais engagés : 322 + 238 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2023
Nom et prénom du malade : JAAFAR Ismail Age : 14.6 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Maladie de Bellet
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 : CHSA Le : 12/06/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08.06.23	C.S.		3.001,00	Dr Nabina M. O. ABBAJ Professeur de Radiologie 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 Tél : 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SARANAZ S.A.R.L. A-U 40 Lot Sidi Alida Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	8/04/2023	238,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

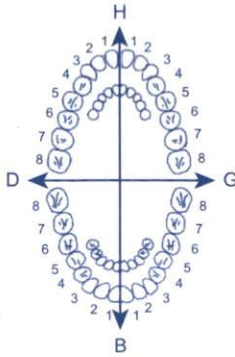
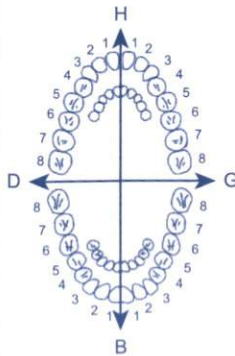
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Nabiha MIKOU

Ep. KABBAJ

Professeur de Pédiatrie

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris

Ancienne chef de Service de Pédiatrie

à l'Hôpital d'Enfants de Casablanca

Pédiatrie Générale

Rhumatologie et Médecine Interne Pédiatriques



الدكتورة نبيهة ميكو

زوجة قباچ

أستاذة في طب الأطفال

خريجة كلية الطب بباريز

رئيسة مصلحة طب الأطفال سابقا

بمستشفى الأطفال بالدار البيضاء

طب الأطفال

أمراض المفاصل والطب الباطني للطفل

Casablanca, le..... 8/4/2023..... في البيضاء

Imail Jaafar

1981,00

1/Noceptol

1 applic

3x13,40

Goldchic

1 cpl
(3 mois)

238,20

PHARMACIE SARANAZ
S.A.R.L. A.U.
140 Lot 10, Casablanca
Tél/Fax: 05 22 65 20 07

Dr Nabiha MIKOU ép. KABBAJ
Professeur de Pédiatrie
40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 2^{ème} étage, App. 10, Quartier des Hôpitaux
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél.: 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 - Fax: 05 22 20 70 20 - Urgences: 06 66 50 50 50
INPE: 09104810

إقامة لروزو، 40، ملتقى زنقة المستشفيات و زنقة دوبروي، الطابق 2، رقم 10، حي المستشفيات، مقابل جناح 28، الدار البيضاء

Résidence les Roseaux, 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, 2^{ème} étage, App. 10, Quartier des Hôpitaux, en face du pavillon 28 de l'Hôpital Ibn Rochd (Station Tram : Wafasalaf) – Casablanca

Tél.: 05 22 20 55 20 / 05 22 20 22 20 - Fax: 05 22 20 70 20 – Urgences: 06 66 50 50 50

E.mail : mikoupedia@gmail.com - Site Web : www.mikounabiha-pediatre.com

13,40

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
OPPCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,40

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
OPD/CALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

13,40

كولشيدين 1 ملغ

أوبوكالسيوم
كولشيدين

عن طريق الفم

Colchicine 1mg
OPPCALCIUM

20 comprimés sécables



20 قرصا قابلا للكسر

NOCICEPTOL

**CONTRE
LES DOULEURS**

**Musculaires
Articulaires
Post-traumatiques**



**AVEC EMBOUT
APPLICATEUR**

**GEL
ANTI-DOULEUR**

PLUS

**RAPIDE
EFFICACE**

SCIENTIFIQUEMENT DÉMONTRÉ*

*Etude NOCICEPTOL vs un gel d'IBUPROFENE à 5%

Dispositif Médical



LOT

PVC: 198.00DH



C164

2024-09

REV. 2021/01/C

CNK 3259-850



3 401020 354451 >