

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° M20- 0003444

MUPRAS
RECEPTION

171040

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1278 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ENNASSINE ABDELLAH
 Date de naissance : 03-10-49
 Adresse : HAC WATA Sclera 712
 Tél. : 06 93 69 98 61 Total des frais engagés : 142,500 + 25000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/2013
 Nom et prénom du malade : ENNASSINE ABDELLAH
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : DE, HBP, Dial. microbactérielle.
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
02/08/23			250 -	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

02/08/23

1445,00 DH

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

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

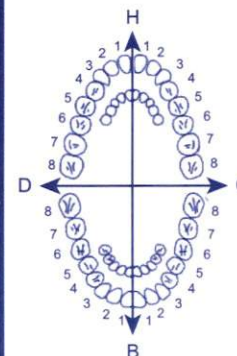
Coefficient

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

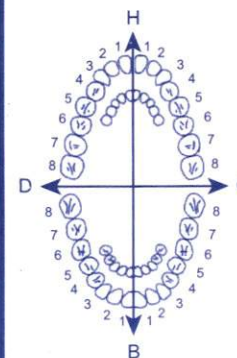
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZAIDI NABIL

Chirurgien Urologue - Andrologue

Pathologies rénales et prostatiques

Rétention d'urine . Infection urinaires

Dysfonction érectiles. Éjaculation precoce

Enurésie . Circoncision . Hématurie

Douleurs testiculaires



الدكتور الزايدى نبيل

أخصائي في جراحة الكلى و البروستات
المسالك البولية و التناسلية

- عسر التبول و التقيحات البولية

- الضعف الجنسي و القذف السريع

- ختان الأطفال و التبول اللاإرادي

- حالات وجود الدم في البول

- الام واورام الخصيتين

ORDONNANCE

Berrechid. Le 02/08/2023

N° ENNASSIME ABDELLATIF

Rectis

5mg

x

1/48h

70

70

70

70

70

70

70

70

70

490,00

3x

153,00

3x

109,00

136,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

1445,00

Permixon

160mg

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Contiflo

0,4 mg

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

70

70

70

70

70

Uricol

1/2

x

1/2

70

70

70

70

70

PPV: 150DH00
 2G1V2 **153,30**

Permixon 160 mg
 30 GÉLULES



6 118001 181957

PPV: 150DH00
 2G1V2 **153,30**

Permixon 160 mg
 30 GÉLULES



6 118001 181957

PPV: 150DH00
 2G1V2 **153,30**

Permixon 160 mg
 30 GÉLULES



6 118001 181957



URICALUM DH
 PNC136.00.DH
 MCEUTIK



4 009932 416466

Ministère de la Santé et de
 20212012049/V1/DMP/CA/18

CONTIFLO® OD 0.4mg
 Boite de 30 gélules à libération prolongée
 Voie orale



6 118001 1300556

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD 0.4mg
 Boite de 30 gélules à libération prolongée
 Voie orale



6 118001 1300556

PPV: 109DH70

CONTIFLO® OD 0.4mg
 Boite de 30 gélules à libération prolongée
 Voie orale



6 118001 1300556

SUN

LOT 224675
 EXP 10/24
 PPV 490DH00

5 mg

30
 comprimés pelliculés

Voie Orale