

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.



Déclaration de Maladie

M23- U021522

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1404 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AAIRAB LAHOUCINE

Date de naissance : 01.01.43

Adresse : 117 Bd Moulay Youssef

Tél. 06.19.38.34.13 Total des frais engagés : 555,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : AAIRAB LAHOUCINE Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : IHT

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'Horlogerie - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
01/09/23		2		Dr. K. ANDRIANTOHAINA Nephrologie - Hôpital de Casablanca Lotissement N°43, Sidi Moussa - Casablanca Tél: 05 22 75 79 79 - 71 54 79

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EXTENSION ANASSI SARI AU 54, Bd. M ^c Zefza - ANASSI GH-5 Tél: 05 22 75 79 79 - Casablanca Pour BL et Ordonnance	01/09/23	555,20
INP: 092027747		

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 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Centre de Néphrologie et D'hémodialyse Arrazi

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
Diplômée de la faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne du CHU de (Toulouse)



اختصاصية في أمراض الكلى - تصفية الدم
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي (تولوز)

Casablanca, Le : 01/03/68 : الدار البيضاء، في :

✓ AARAD LAHOUCHE

49, 40

ANEXA 2

22 34, 60

4. Indica

4 x 60,00

31 Scapha

31.30

4) Zyklus

2228,80

5) Wahl

104760

81 Control

54, Bc, Mc Zetse.
Tel: 05 22 15 79 20
Pour BL 2000

78555120

Dr. KANBOUCHI Farida
N° 15 rue de la Média - Hémodialyse
Lot 15 N° 48 Sidi El Ghazal - Casablanca
Tél 22 71 54 79

05 22 71 54 79 - الفاكس : 05 22 71 54 75 - الهاتف : 48 سيدي مومن - رقم 48 شارع عقبة بن نافع زنقة 05 22 71 54 79 - Fax : 05 22 71 54 79
Lot les Loupiots Avenue Oqba Ibnou Nafii Rue 1, N° 48 Sidi Moumen - Tél : 05 22 71 54 75 - Fax : 05 22 71 54 79
E-mail : dialysearrazi@gmail.com - AC : 350095 - CNSS : 5245362 - IF 18776226 - Patente : 33066937 - ICE : 001568147000046

ZYLORIC 200 mg
Boîte de 28 comprimés
Remboursable AMO
ANAL N° 02 DM02/INTT
SOTHEMA BOUSKOUA



6 118000 022244

LOT 230748
EXP 02 2027
PPV 31.30



6 118001 040049
Fabricant :
HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 8400 WOLFSEBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

04/64



6 118000 081524

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

PPV
LOT
PER



VITANEVRIL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés



VITANEVRIL FORT 100 mg
30 comprimés pelliculés

PPV
LOT
PER

28.80

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V.: 34DH60

LOT : 23E004
PER : 01 2027

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V.: 34DH60



6 118000 060458

LOT : 23E003
PER : 01 2027