

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0041523

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M'BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 Cours DES SPORTS

20200 CASABLANCA / HH

Tél : 0662 512154

Total des frais engagés : 1087.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : M'BIRKOU Mohamed-Naji Age: 86

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : 19/09/2023

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'Horloge 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
19/9/23	C		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19 septembre 2023	787,50

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

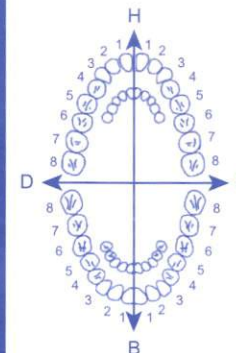
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

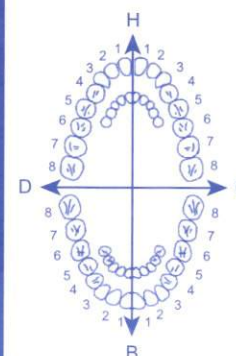
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur **Samar FERHI**
Spécialiste des maladies
du Cœur et des Vaisseaux



الدكتورة سمر فرحي
طبيبة اختصاصية في أمراض
القلب و الشرايين

Ancien interne du CHU Ibn Sina de Rabat
Diplômée de l'Université de Médecine de Rabat
Diplôme d'échocardiographie Doppler
de l'Université de Bordeaux

طبيبة داخلية سابقا
بالمرکز الاستشفائي الجامعي ابن سينا بالرباط
خريجة كليات الطب بالرباط والفحص بالصدى
ببوردو

19 septembre 2023
Casablanca, le..... في الدار البيضاء

Mr. MBIRKOU Mohamed Naji

AMEP 5mg, Comprimé

1 cp/j le soir, pendant 3 Mois

ASKARDIL 75 MG

1 cp/j à midi au milieu du repas, pendant 3 Mois

CARDENSIEL 1.25

1 cp / jour, pendant 3 Mois

LDNOR 10 MG

1cp le soir, pendant 3 Mois

EXTRAMAG

1 cpx2 par jour, pendant 3 Mois

OD CURE 2400 UI (dose d'entretien)

2 gouttes /j au long cours en association avec le magnésium

A revoir dans 3 mois

PHARMACIE GHAFIRI
22, Angle Bd Terrains de Sport,
Rue Abourrouss Ferme Bretonne
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

NR = Non Remboursable

264, شارع ابراهيم الروداني اتجاه طريق الجديدة, زنقة أكسياس - إقامة الوفاق - الطابق الاول, الشقة رقم 18 - المعاريف - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 99 19 18 - المستعجلات: 06 61 21 48 96 - البريد الإلكتروني: drferhisamar@gmail.com

264, Bd. Brahim Roudani vers route d'El Jadida - rue des Acacias (en face de kitea) - Résidence El Wifaq - 1^{er} Etage, Appt. n°18 - Maarif - Casablanca

Tel/Fax: 05 22 99 19 18 - Urgences: 0661 21 48 96 - E-mail: drferhisamargmail.com

LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH

49,40

LOT 221039
EXP 07/2025
PPV 49.40DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

LOT : 230055
EXP : 01/2026
PPV : 57.80DH

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
dispensables

PPV 22DH40
EXP 05/2025
LOT 31004

lot n° :

55,10

EXP :

PPV :

Lot n° :

55,10

EXP :

PPV :

lot n° :

55,10

EXP :

PPV :



6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237



6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237



6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237