

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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0019163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6774 Société : 195676
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KRITA AHMED
Date de naissance :
Adresse : 174 Rue AZOUHOUR (EX ST Laurent) APP
508, RESID RIZK - CASA
Tél : 0667 7211 03 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 / 12 / 23
Nom et prénom du malade : BENABDELLAH Zineb Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA + Dyslipidémie
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

- 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

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
20	g		309.0024	
12	f			
23	ECV			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/12/23	385.22

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/12/23	70	620.00

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></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</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. Najlaâ BOUGHAIDI



الدرتورة نجللاء بغيري

Spécialiste en Pathologie Cardiovasculaire
DIU d'Echocardiographie, Bordeaux 2
DIU d'Imagerie Vasculaire, Paris 11
DIU d'Exploration du SNA, Rabat
Ancienne Interne CHU strasbourg

اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة بوردو 2
حاصلة على دبلوم تصوير الأوعية جامعة باريس 11
حاصلة على دبلوم فحص الجهاز العصبي التحكيمي
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ستراسبورغ

Mme Benabdelsh Zineb. 20/12/23

32.60 x 3

1/ Coverryl 375 / 30
2/ Relaxium 375 / 30
3/ Rosucal 500 / 30
4/ Codoliprane 500 / 30
T: 385.20

Dr. NAJLAA BOUGHAIDI
Cardiologue
391, Bd. El Fida 1er Etage - Casablanca
Tél : 05 22 81 22 32 - Urgence : 06 97 66 85 25 - cabboughaidi@gmail.com

391, Bd. El Fida 1er Etage (en face pharmacie Diouri) - Casablanca
Tél. : 0522 81 22 32 - Urgence : 0697 66 85 25 - cabboughaidi@gmail.com
Patente : 33502114 - IF : 15174145 - ICE : 001645684000001

92,00

92,00

92,00

axium[®]

B6

300

1 gélule par jour

magnésium
vitamine B₆

LOT: 220751
DLUO: 10/2025
87,00 DH

AXANT

VOIE ORALE
30 GÉLULES

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

nt dans le fonctionnement neuromusculaire.
ritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de
e surmenage. La vitamine B₆ complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.
our avec un grand verre d'eau,
variée et équilibrée.

A20181805322DMP/20UCAV1



Codoliprai

Paracétamol / Codéine

400 mg

16 Comprimés sécables

PPV: 22DH20

PER: 02/25

LOT: M394

