

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

W21-836805

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8416 Société : RAO

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FAIK Najat

Date de naissance : 08/02/1969

Adresse : A98194

Tél. : Total des frais engagés : 878,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Latifa ASSOJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA - 20220

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/04/2019

Nom et prénom du malade : Najat FAIK Age :

Lien de parenté : ☒ Membre ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : respiratoire

En cas d'accident précisez 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) : MUPRAS

PH4/H05/V2/20-10-2023

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 |
| 12/05/2024 | C.R.G. | | 500.00 | Dr. Latifa ABOUJIL MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE 241, Bd. Oued Tansift - El O Tél : 05 22 91 56 77 - CASA - 2 |

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|
| 12/6 + 12/9 | C. Ref | | 1000.00 |

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA - 20220

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>55, Av. Oued Seboua</p> <p>Tél / Fax : 05 22 90 50 42</p> <p>CASABLANCA</p> <p>ICE : 001541466000057</p> | 12/01/2024 | 748,90 |

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

| Date | Montant de la Facture |
|------------|-----------------------|
| 12/01/2024 | 748,90 |

[illegible]

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

[illegible]

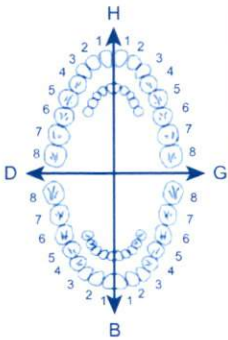
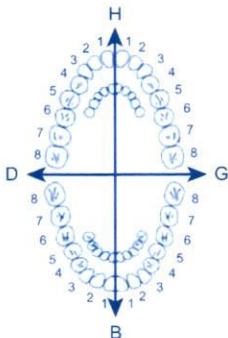
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 | Montant des Honoraires | 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 | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | | <input type="text"/> |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> <div>Montant des Honoraires</div> </div> | | | | 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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible][illegible]

| | | | |
|---------------------|----------|----------|---|
| PROTHESES DENTAIRES | | H | |
| D | 25533412 | 21433552 | G |
| | 00000000 | 00000000 | |
| | 00000000 | 00000000 | |
| | 35533411 | 11433553 | B |
| H | | | |

| | |
|---|-----------------------------------|
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | Montant des Honoraires |
|---|-----------------------------------|

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France)

Ex. Medecin - Chef de C.S.U.

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg



الدكتورة لطيفة أبوجيدة
الطب العام

الفحص بالايكوجرافيا
خريجة جامعة مونتبولي (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابقا

حائزة على دبلوم أمراض النساء
جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le 12/05/24

Dr. Faib Najat

49,60
46,30
x 3 **D-cine forte** = 1 amp / sem x 3 sem
79,30
x 2 **puis 1 amp / mois x 3 mois**
40,00
x 2 **Lovanic 500** = 1 cp / j x 7 j
69,00
49,00
x 2 **Effipred 20** = 3 cp le matin
14,60
x 4 **Dolivox** = 1 cas x 3 j
49,00
x 2 **Doliprane 1000** = 1 cp x 3 j
22,70
x 2 **Mycoderme poudre** = 1 pot / jour x 15 j
32,00
x 2 **Bay Antene** = 1 app x 2 j x 1 sem
T = 478,90

PHARMACIE AL OULFA
S. CHALAK - Tel: 05 22 91 56 77
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Tansift - El Oulfa
Tél / Fax : 05 22 91 56 45
CASABLANCA
ICE : 00154146000057

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE

241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél.: 05 22 91 56 77 - CASA - 20220

241, شارع وادي تانسيفت - الألفة (قبالة المركب الرياضي الألفة) - البيضاء 20200 - الهاتف : 05.22.91.56.77

241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa (En face du Complexe Sportif) I.N.P. N° 091001230 - Tél.: 05.22.915.677

PPV: 49,60 DH
LOT: 23A31
EXP: 07/2026

PPV: 46,30
LOT: 23H21
EXP: 08/2026

PPV: 46,30
LOT: 23H21
EXP: 08/2026

PPV: 46,30
LOT: 23H21
EXP: 08/2026

79,30

79,30

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 08/2026
LOT 35002 11

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 05/2026
LOT 32011 9

LOT: 230734
DLUD: 07/2026
69,00DH

LOT: 230800
DLUD: 07/2026
49,00DH

PPV 14DH60
PER 11/25
LOT L3768

PPV 14DH60
PER 10/25
LOT L2405

PPV 14DH60
PER 11/25
LOT L3785

PPV 14DH60
PER 10/25
LOT L3000

LOT: 08221022
PER: 09/2025
PPV: 49,00 DH

LOT: 08220007
PER: 04/2025
PPV: 49,00 DH

LOT:
PER: HN064403
10 2026
PPV: 22 70

LOT:

PER:

PPV: 22,70

Lot:

4107A
07/2026

EXP:

32,00DHS

PPV:

32,00