

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.

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

N° M21- 0010834

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2840 Société : 137056
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : LAHOU Mohamed KHALIL
Date de naissance : 18.08.53
Adresse :
Tél. : 0622412122 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 01.09.2022
Nom et prénom du malade : LAHOU Mohamed KHALIL
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : O.D. + arthrose
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 : CASABLANCA Le : 11 NOV. 2022
Signature de l'adhérent(e) : I. BOUZAHANI

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
01/09/22		1	885,80	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01.09.22	885,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

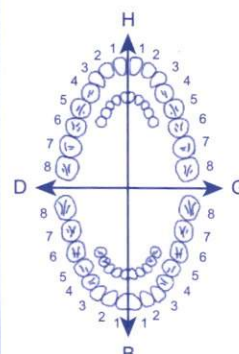
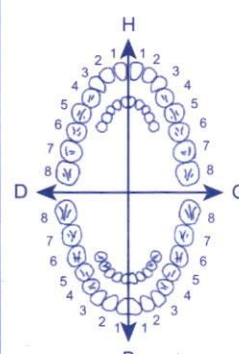
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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 Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiem et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél. : 0522 48 27 88

الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويز بباريس

أمراض السكري - السمنة - الكوليسترول

الغدة الدرقية

0522 48 27 88

Casablanca, le

01/09/22

Insuline Aekapid
ou insuliner 85,00

Insuline fixand 30 un.
ou insuliner 30 un.

3/ Insuline 30 un.
57,00

4/ Fludex 60 un.
68,00

5/ Cardio aspirin 100 un.
22,70

825,80

24, زقاق بغداد (قرب زقاق أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء
24, Rue de Baghdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni - Casablanca

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



68,90

FLUDEX LP

30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée



5 118000 100126

TENSIOTEC 5mg
30 gélules



6 118000 120667

TENSIOTEC 5mg
30 gélules



6 118000 120667

68,90

FLUDEX LP

30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée



6 118000 100126

57,00

57,00

57,00

TENSIOTEC 5mg
30 gélules



6 118000 120667

FLUDEX LP

30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée



6 118000 100126

65

LOT 212417

EXP 05 2023

PPV 85,00

85,00

Titulaire de l'AMM/Fabricant
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc
صاحب ترخيص التسويق/المصنع
مختبرات سوتيميا
Pharmacie Responsable: D r Lama TAZI

INSULET RAPIDE
100 U/ml, Flacon 10 ml
Solution injectable

AMM N° : 496/17 DMP/21NRQ



6 118000 021087

LOT 212499

EXP 05 2023

PPV 85,00

85,00

Titulaire de l'AMM/Fabricant
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc
صاحب ترخيص التسويق/المصنع
مختبرات سوتيميا
Pharmacie Responsable: D r Lama TAZI

INSULET MIX 30
100 U/ml, Flacon 10 ml
Suspension injectable

AMM N° : 494/17 DMP/21NRQ



6 118000 021070

LOT 222099

EXP 05 2021

PPV 85,00

85,00

Titulaire de l'AMM/Fabricant
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc
صاحب ترخيص التسويق/المصنع
مختبرات سوتيميا
Pharmacie Responsable: D r Lama TAZI

INSULET RAPIDE
100 U/ml, Flacon 10 ml
Solution injectable

AMM N° : 496/17 DMP/21NRQ



6 118000 021087

LOT 222099

EXP 05 2021

PPV 85,00

85,00

Titulaire de l'AMM/Fabricant
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Boukoura - Maroc
صاحب ترخيص التسويق/المصنع
مختبرات سوتيميا
Pharmacie Responsable: D r Lama TAZI

INSULET RAPIDE
100 U/ml, Flacon 10 ml
Solution injectable

AMM N° : 496/17 DMP/21NRQ



6 118000 021087