

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 072568

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1776

Société : ANG496

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUGGARI RADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661200384

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/05/2022

Nom et prénom du malade : Zougari Radia

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Insuffisance Aiguë

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

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
23/05/22	C	2		Docteur HACHIM Khadija Professeur de Néphrologie - Hemodialyse Angl. Bd 9 Avril et R. Mansard et 05 22 23 38 35/36 - 05 22 99 49 92 Fax: 05 22 99 49 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

23/05/22

235,70

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

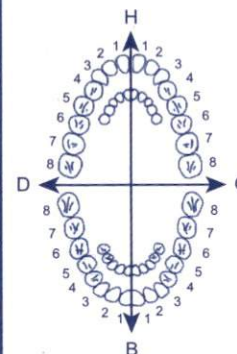
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

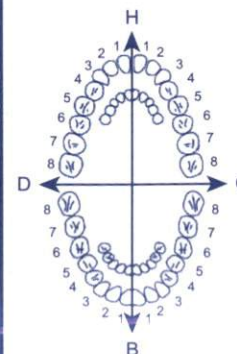
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

مركز الكلية الإصطناعية ابن سينا Centre de Nephrologie Hemodialyse Avicenne

Dr. Khadija HACHIM

Professeur en Nephrologie - Hemodialyse
Ex Enseignante à la Faculté
de Médecine Casablanca
INP : 091031807



الدكتورة خديجة هاشم

اختصاصية في أمراض الكلى
والتنقية الإصطناعية
أستاذة بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

Casablanca, le

237 01 2022

Zouffori Rodin

22,90

Banchokood



PHARMACIE LA ROTONDE
Leila Mansard
100 Bd 9 Avril
Casablanca - 22 23 38 35
Tél : 05 22 23 38 35
Fax : 05 22 99 49 92

44,00x2

Bofine

100m x 2/jer

1 Am jer



40,30

Streptils

1 Am jer



84,50 Zeldax

1 Am jer



Docteur HACHIM Khadija
Professeur de Nephrologie - Hemodialyse
Angle Bd 9 Avril et Rue Mansard
Tél : 05 22 23 38 35 / 05 22 99 49 92
Fax : 05 22 99 49 93

235,70

Angle Bd. du 9 Avril et Rue Mansard, Quartier Palmier. Casablanca

Tél. : 05 22 23 38 35 / 36 - 05 22 99 49 92- Fax : 05 22 99 49 93 - E-mail : hachim-khadija@hotmail.fr

LOT:1159
PER:02/24
PPV:22,90DH

bronchokod 5 g/100 m
sans sucre
adultes



solution buvable - 125ml



6 118000 140528



3 401051 622884 >

PPC : 84,50 DH

لسكرين

PPV:40 DH 30



6 118001 151493 >



6 118000 050247

44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NRQ

377676F

DENEGISTREME
JOHNSON - JOHNSON

DEC

D



6 118000 050247

44,00 DHS
Prix Public de Vente
AMM 121/17DMP/21/NRQ

377676F

DENEGISTREME
JOHNSON - JOHNSON

Maroc

Z