

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.

Biologie 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

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



ND: 88305
Déclaration de Maladie
N° P19- 062909

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 773 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AZEM MOHAMED
Date de naissance : 1947
Adresse : 44 Rue 18 Jamila 5 CD CASABLANCA
Tél. : 0522577388 Total des frais engagés : 1550,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2020
Nom et prénom du malade : Azem Nec Hmidani Age: 70 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Diabète type 2
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 : 04/06/2020
Signature de l'adhérent(e) :

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
11/06/2020	CS	200	200	
04/06/2020	CT	0	0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/06/20	1550,40 DH

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Mouna JOUBIJ

Spécialiste en endocrinologie et diabétologie
Nutrition et maladies métaboliques
Diplômée de la Faculté de Médecine et
De Pharmacie de Casablanca
Ancienne interne au CHU Ibn Rochd Casablan

صيدلية بنموسى

Pharmacie BENMOUSSA

26, Av. Cdt. Dr Iss El Harti
Jamila 3 - Cité Djémâa
Tél. : 0522 37 38 67 - CASABLANCA

الدكتورة موني جوبى

أخصائية في أمراض الغدد و السكري

والتغذية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

LOT : 19E006
PER.:12 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E003
PER.:09 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

04/06/2022

LOT : 20E007
PER.:12 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

LOT : 19E003
PER.:09 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

Amine Azemnee Hmidani

Amina

LOT : 19E004
PER.:11 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127

62.40

1 Metformine win 500mg

10.40x6

LOT : 20E007
PER.:12 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL B30

P.P.V : 10DH40



6 118000 062127



1cp matin

soir } famille
du
repas

780.00

2 Galvus 50mg cp 390.00x2

1cp Amidli au milieu
du repas



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

3 شارع الداخلة رقم 225 الطابق الأول ق. ج. الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 37 40 87

Jamila3, Avenue Dakhla, N° 225, 1er Etage, CD - Casablanca - Tél : 05 22 37

E-mail : joubij.mouna@gmail.com

31 Bétaserc 24mg cp 78.00x3

234.00 1cp/j (n=3)

34	09	21
LOT		PER
Prix	79,00	

41 Néofer B 9 cp

79.00x6

14.3 Mois

474.00

1cp x 2 j après repas

36	08	22
LOT		PER
Prix	79,00	

1550,40



DR. JOURJ MOURA
Spécialité en Endocrinologie-Diabétologie
Médecine Métabolique et Nutrition
Jamia 3, Boulevard Ouhalla, N°225, 1er étage
C.D. - Casablanca, Tél.: 05 22 37 40 87

36	08	22
LOT		PER
Prix	79,00	

36	08	22
LOT		PER
Prix	79,00	

36	08	22
LOT		PER
Prix	79,00	

36	08	22
LOT		PER
Prix	79,00	

صيدلية بنموسى
Pharmacie BENMOUSSA
26, Av. cdt. Driss El Harti
Jamia 3 - Cité Djémâa
Tél.: 0522 37 38 67 - CASABLANCA

78,00
LOT 21 2022
PER 14 2022

78,00
LOT 21 2022
PER 14 2022

78,00
LOT 21 2022
PER 14 2022