

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-471232

ND-31750

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	29248	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TASSIBOURB JUSTAPHA			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 63 78 57 77	Total des frais engagés : 367,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Latifa ABOUJIDA MEDECIN GENERALE RUE ALLAL BEN ABDELLAH 241 BLD JEDID EL OUDIA - EL OUDIA Tél. 05 22 91 56 11 - CASA - 2020	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 05/02/2023	
Nom et prénom du malade : Mahboub Latifa	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Angoisse + mal de tête	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARIBAIE Mme. H. HABIB BLANCA 55157, Rue 71 El Oufia Tel. 022.93.26.80</i>	05.02.2020	36.71.00
<i>HARIBAIE EL OUFIA - CASABLANCA Tel. 022.93.26.80</i>	27.02.2020	202.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

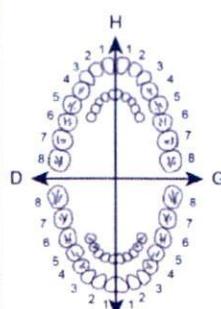
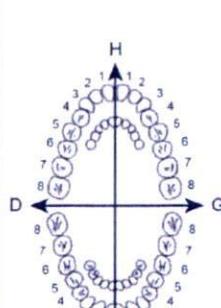
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
		G															
				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																	

Docteur Latifa Aboujida

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

Diplômée de l'Université de
Montpellier (France)

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



الدكتورة لطيفة أبو جيدة
الطب العام

الفحص بالإيكوغرافيا

خريجة جامعة مونبولي (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابقا

حائزة على دبلوم أمراض النساء

جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

GYNECOLOGIE MEDICALE

U. L. P. Strasbourg

Yelle

Casablanca, le

05/10/2020

Mahboub

Fatima Zahra

110.60 x 4



PHARMACIE LE BIEN-
ETRE KEROUANE
Mme. Houda KEROUANE
55/57, Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 022.93.26.80

LOT : 05619032
PER : 02-2022
PPV : 110,50 DH

- Sertam 50 = 1/2 cp le mat
35,70

- Alpraz 0,5 = 1/2 cp le soir

- Sepcen 250 = 5 cp x 2

110.50

367.40

LOT 191929
EXP 09/2022
PPV 35.70

PPV 110.60
LOT /
PER /

PPV 110.60
LOT /
PER /

PHARMACIE LE BIEN-
ETRE KEROUANE
Mme. Houda KEROUANE
55/57, Rue 77 AZHARI 2 Lot. 203
El Oulfa - CASABLANCA
Tél. : 022.93.26.80

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 05 22 91 56 77 - CASA 2020

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



جيزة

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Casablanca, le

27/02/20

PPV : 40.50 DH

حائزه على دبلوم أمراض النساء

(نساء)

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

Ms Zahboub Fatiha - Zahra

→ Tardyferon 80 =
40.50 x 5

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

202.50 26 le matin

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

PHARMACEUTIQUE LE BIEN-ETRE
Mme. Houadi KEROUANE
55157, RUE 77 AZHAR 2 LOT 200
CASABLANCA
Tél. : 052915677 - 0529156780

Dr. Latifa ABOUJIDA
MEDECINE GENERALE
ECHOGRAPHIE
241, Bd Oued Tansift - El Oulfa
Tél. : 052915677 - CASABLANCA

319334

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

05.22.91.56.77 - القيمة (الآلفة) - الهاتف : 20200 - البيضاء

241, Bd. Oued Tansift - El Oulfa (En face du Complexe Sportif Oulfa)

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 أبو جيدة
الطب العام

الفحص بالإيكوغرافيا

خريجة جامعة مونبولي (فرنسا)

طبيبة رئيسية لمركز صحي سابق

حاصلة على دبلوم أمراض النساء

جامعة ستراسبورغ (فرنسا)

Casablanca, le

05/12/20

Notes d'honoraires

Reçu de M. mahloul Fatima -乍ウル- de
Journe de 200 Dhs (Deux cents) frais

d'échographie abdominale.

Dr. Latifa
MEDECIN
ECHO
24/ Bd. Oued Tansift - El Oulfa 20220
Tél.: 05 22 91 55 17 - CASA 20220