

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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 051448

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société : 45822

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAKIR NINA

Date de naissance : 21/10/1952

Adresse : Rue N° 33 ATTADANOUN ouffa casa

Tél. : 0604445124 Total des frais engagés : 1545,10 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : Bakir Nina Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie chronique, Diabète, HTA

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 : CASA Le : 26/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|--|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA Lot. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca - Tel: 0522 93 10 28 | 26/10/2020 | 1575,50 STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA Lot. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca - Tel: 0522 93 10 28 |

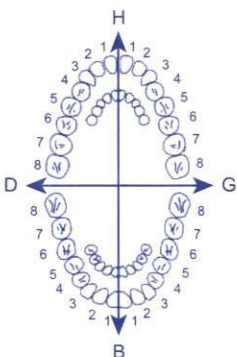
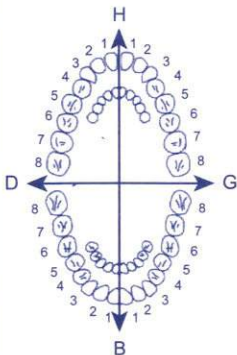
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|-------------|---|--|----------------------|----------------------|--------------------------|--|----------------------|----------------------|---|--|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D G | | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D G | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

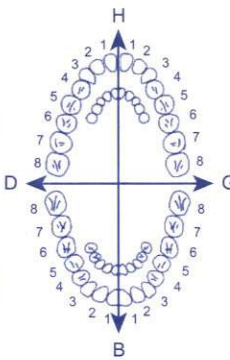
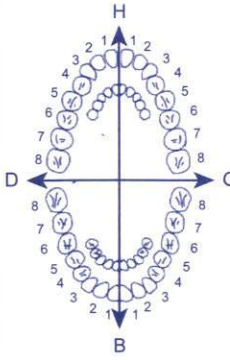
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|---------------------|-------------|--|
|  | | | | 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 | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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



مصحة الحديقة لارميطة

CLINIQUE LE PARC Hermitage

Casablanca, le 28/10/2020 الدار البيضاء في

Chirurgie ORL
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie Traumatologique et
Orthopédique
Chirurgie viscérale
Anesthésie - Réanimation
Chirurgie Ophtalmologique
Chirurgie Plastique et Esthétique
Chirurgie Dentaire
Stomatologie Implantologie
Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de
L'Aude et rue Chant
d'oiseaux (à côté de
MacDonald's - Hermitage)
Tél : 05 22 28 64 64
Fax : 05 22 28 65 65
Urgences : 0666 10 89 32
Email : c-d-h@hotmail.fr
Site Web : www.cdh.ma

SCP au capital
de 200.000 DH
I.F : 40262570
CNSS : 8640311
Patente : 34750072

Bakir Nina

82.10

1) Inesim 20mg

Agel 2/5

2) Brancolibe

1cp 1x le soir

3) Inductan

79.50 1cp x 3

151.60 x 3

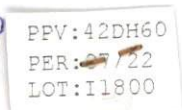
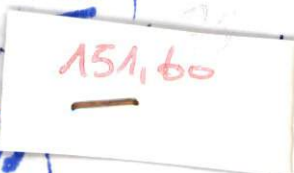
4) suliat

1cp 1x

12.60

5) Dobic 715mg

1cp x 3 li



TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 250340

TAHOR 10MG 28 CPS
P.P.V : 79DH00

6 118000 25034 118000 25034

6) tahor
79.00x3 14 l

OSP = 3 jours

78,70 78,70
28,00 28,00
28,00 28,00

7) Diacrom
78.70x2 14 l

OSP = 7

28.00x6
8) Glucophage

1000 mg

79.70x2 14 x 2 l

OSP = 3 jours

PPV : 79DH70
PER : 9/23
LOT : JZ2417

9) Azel
1 gelule

pdt 3 jours

(2 boites)

24,70

10) tansinex
24.70 14 l

11) Dolgrippe
1575.50 sachet x 3

PPV:20DH00
PER:04/23
LOT:14326

LOT 200409
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

DR IMANE
Hépatite - Gastro
(Diététique)
Tél: 0521 93 10 28

STEPHARMACIE HANZA
CASABLANCA
CASA BLANCA - Tél: 0522 93 10 28

Lotis. Haf fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

78

M. BAKH DINA

LOT: 276
PER: 04/23
PPV: 28,000

PPW 16DH60
EXP 04 2025
LOT 08048 2

STEPHAN GIEHAMZA
CASABLANCA
Lott. Hal. total: Rue 6 N° 2 Loc. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 20