

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° W19-485895

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M457 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ADRISSIAZ

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse :

Tél. : 0664791442 Total des frais engagés : 874,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Professeur Mohamed BOUCETTA**
NEUROCHIRURGIEN
Rond Point Tar. Rés. Benber Est C
2ème Etage Madrif Casablanca
Tél: 0522 23 00 36 Gam: 06 61 14 00 00
ICE: 062167003000038
RF: 15172753

Date de consultation : 13/01/2020

Nom et prénom du malade : EL ADRISSIAZ Age :

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

Nature de la maladie : Céphalée, Migraine

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 : 11/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
15 Oct 2020		3	2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/20	524,10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

LOT 2012/3
EXP 05 2024
PPV 31.30

31.30



D.U. Technique Micro-Chirurgicales
D.U. Electroencéphalologie Clinique
Ex Chef du Service de Neurochirurgie
Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Rabat
Ex Chef du Service de Neurochirurgie
Ben Rochd - Casablanca

LOT 201093
EXP 05 2024
PPV 31.30

31.30



أستاذ الدكتور
رئيس

بالمستشفى العسكري الدارسي

محمد الخامس - بالرباط

رئيس قسم جراحة الدماغ (سابقا)

بالمركز الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



608070A

maphar
ZI Zenata Ain Sebâa, Casablanca, Maroc
LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30
P.P.V.: 116,80 DH



2020

16,8092

Lipanthyl 160



608070A

31,3092



PHARMACIE H₂O
326 Lot Nassim, Quartier NASSIM
MA-20190 CASABLANCA
Tél/Fax: 05.22.89.05.00
www.ph2o.ma

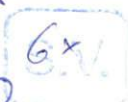
28,10

- Vogalene

49,6093

- cure forte

1x/8



T: 524,10

Professeur Mohar
NEUROCH
Rond point Tac Rt
2ème Etage Maârif
Tél: 0522 23 00 36 Gsm:
ICE: 09216700309
L: 15124253

PHARMACIE H₂O
326 Lot Nassim, Quartier NASSIM
MA-20190 CASABLANCA
Tél/Fax: 05.22.89.05.00
www.ph2o.ma



Lot :
EXP :
PPV :

تاغانيل 500 ملغ
30 قرص - 30 comprimés
VTE: MA - PPV: 51DH00



6 118001 183340

Résidence Benber, Escalier C, 2ème étage Bd, Stendhal - Maârif - Casablanca - Patente: 36378062

☎ : 05 22 23 00 36 - ☎ : 06 61 14 18 68 - ✉ E-mail: prboucetta@gmail.com - ☎ En cas d'urgence : 07 00 55 19 29

📍 إقامة بنبر الطابق الثاني شارع ستاندال (ساحة الطاك المعاريف) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 00 36 - الموصول : 06 61 14 18 68



Les laboratoires ERGO MAROC
108, Rue Pierre Parent, Casablanca, Maroc.
AMM N° : 24/16DMP/21/NNP

Importé par : **Ergo Maroc**



Cholécalciférol 100 000 UI
Vitamine D3

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

D-CURE® FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023