

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.

Education :

- 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.

Maladie chronique :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Assurance 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.

Siège : 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- 065141

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZARRAI Abdelhak
 Date de naissance : 26.04.1977
 Adresse : 117 RUE SUD CASABLANCA
 Tél. : 060154827 Total des frais engagés : 688,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29.06.2021
 Nom et prénom du malade : MAANAA Amina Age : 44
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : F34
 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 : Marrakech Le : 09/06/21

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
29/06/21	02		60,99	 Dr. EL FAHRI F.Z. Service de Psychiatrie CHU Mohammed VI - Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29-06-2021	628,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

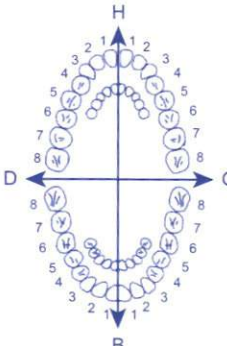
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'



vice U

chiatrique

189,10

TUNELUZ® 20 mg

30 Gélules



6 118000 070863

189,10

kech

de Marrakech

30,00

Dr. EL FAHRI
Service de Psychiatrie
CHU Mohammed VI - Marrakech

Marrakech, le 29-06-2021

ORDONNANCE

Pr.Ag. ADALI Imane
Dr. ELMUSSOUDI My Abdelaziz
Dr. SAKR Ibtissam

Dr. SAMIH Maïda
LOT : 20E006
PER : 08 2025
NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

Dr. EL MOUASSINI Zaim

Dr. AKAMMAR Sanae

Dr. BOUSKOUJ Mina

LOT

PER

PPV

37,60

Lysanxia®

15 mg/ml

Flacon de 20 ml



6 118000 250296

189,10 x 2

378,20

Tuneluz 20 mg

N° 4331

od - oo - oo

98,30

2) - Athyriel 30mg cp N° 4332

oo - oo - 1/2

57,30 x 2

114,60

3) Nozinan 100mg cp N° 4333

oo - oo - oo

37,60

4) - Lysanxia GH 15mg (cp)

N° 4334

628,70

oo - oo - 15 GH

FekRADV

Dr. EL FAHRI F.Z
Service de Psychiatrie
CHU Mohammed VI - Marrakech

Hôpital Ibn Nafis, SUP

Cité Daoudiate, quartier Amerchich. BP : 502 - Marrakech

Tél : 05 24 29 04 53 / Fax : 05 24 30 74 31



Facture N° 2 021/P/196 300

Mode de paiement PAYANT

Bénéficiaire	
IP 754 068	DI 3 372 869
Nom et prénom	MAAMAA MINA
N° CIN	H103636
Date Consultation	29/06/2021 09:59:01

Agendas: CONSULTATION SPECIALISTE IBN NAFIS

Code	Description	Quantité	Prix	Total Net
CSP	CONSULTATION SPÉCIALISTE	1,00	60,00	60,00

Arrêtée la présente facture à la somme de soixante Dhs et zéro centimes	Total général : 60,00
---	-----------------------

Total Encaissement : 0,00	Net à payer: 60,00
---------------------------	--------------------

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Créé par SLACHANE

Le : 29/06/2021 10:00:02

Editée par SLACHANE

Le : 29/06/2021 10:00:02

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
CHU Mohammed VI
Hôpital Ibn Nafis
Marrakech



N° 081799 A

Reçu de M

MAAMA Minka

Quittance

La somme de

Sixante Dinars

NATURE DE LA RECETTE	EX	SOMME
022	21	60.00
FS4066		60.00
Total		

Cachet du
Service

Le

28/06/21

Signature du
Régisseur

