

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

- Réclamation : 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° P19- 0033553

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2671 Société : Z-A-M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SMAYU LAHGEN
 Date de naissance : 01/01/1952
 Adresse : LOTISSEMENT AL WAKDA IMM: F4. APP: 4C
 30 MED V. BERRECHID
 Tél. : 0662051470 Total des frais engagés : 520,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 Juil 2022
 Nom et prénom du malade : AMALIE RADIA Age: 67
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vertige
 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 : BERRECHID Le : 19/07/2022
 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
01 Juin 2022	9		150000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/07/2022	37950 INPE: 062007521

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

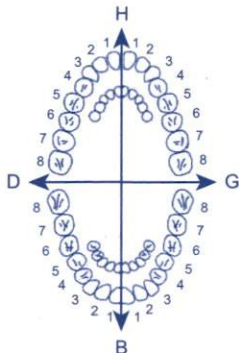
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 H 25533412 00000000 21433552 00000000 D G 00000000 35533411 00000000 11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd MERJANE

Médecine Générale

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab

Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب

برشيد - الهاتف : 05 22 33 71 56

Berrechid le :

01 Jul 2022

ORDONNANCE

AMANE - Badia.

1/ Taugani (SV)

Sm.a

2/ Dup + 3/ (SV)

3/ New Relium

20.00

4/ Inelivum (SV)

82.10
+ 2

5/ Nured (SV)

70.00

6/ Dosw (SV)

32.00



Doliprane

14/05/2025

1 ca 13/1

Docteur S. M. EL MEURY
Médicine Générale
Tel : 05 22 33 71 56
61, Rue Omar Ibnul A. Khattab, Rabat

PHARMACIE AL MASUD
Dr. EL MASUD AL MASUD
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
Tel : 022 578 473100

Lot: 220029
A consommer de préférence avant le: 02/2025
PPC: 79.80 DH



PPV: 14DH00
PER: 05/25
LOT: L1927

Doliprane® 1000mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés
6 118000 040972

LOT : 7828
UT. AV: 03 - 24
P.P.V : 29 DH 00



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640N50MP/21NRQ P.P.V: 82.10DH
6 118001 020591

Tanganil® 500 mg
تانجانيل® 500 ملغ
30 comprimés قرص 30
VTE: MA-PPV: 51DH00

728860



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640N50MP/21NRQ P.P.V: 82.10DH
6 118001 020591

Dogmatil 50mg
20 Gélules
P.P.V : 32DH00
LOT : 21E006
PER: 08/2024
6 118000 061199