

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 canalaires, 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 canalaires.

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- 0049020

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3510 Société : RAM 142468

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NOUBSIT Nahaoued

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666 26 27 95 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/11/22

Nom et prénom du malade : EL ANSOURI Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Angine Embolie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

(Handwritten 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
30/11/22	CS		9	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/22	1326,60

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 :

Veillez 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													
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منقور

إختصاصية في الطب الباطني

Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Chek-up médical

علم الغدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجموعية
أمراض الشيخوخة
رصد صحي شامل

- . Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- . Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- . Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- . Membre de la Société Française de Médecine Interne

- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بتولوز (فرنسا)
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- . عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- . عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Casablanca, Le : 30/11/22

Mme EL ANASSOUI Fatima

28,70 x 8

- vitaneuil gup

2 - 0 - 2 gues pdt 3 mds

94,10 x 6

- mydoflop

1 - 0 - 1 gues pdt 3 mds

109,20

- GAPPET 2r p

2 - 0 - 1 gues pdt 3 mds

283,10

- lamoloxon p

1 - 0 - 0 gues pdt 3 mds

140,00

- decto dop

1 - 0 - 0 gues pdt 3 mds

1326,60

GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dhs00



LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dhs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dhs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dhs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 3972
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dhs00



GTIN: 06118001260850
LOT: 3973
MFG: 03 2022
EXP.: 03 2025
PPV: 94dhs00



PPV
LOT 28,80
PPV
LOT 28,80
PER
PPV
LOT 28,80
PER
PPV
LOT 28,80
PER
PPV
LOT 28,80
PER
PPV
LOT 28,80
PER
PPV
LOT 28,80
PER
PPV
LOT 28,80
PER

LOT 223368
EXP 06/25
PPV 109DH20

25 MG

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001271214
PPV : 283,00 DH

PPV (DH) :

LOT N° :

LOT: 211541
PER: 15-2024
PPV: 140,00DH