

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



Declaration de Maladie

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7645 Société : R.A.M
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : OUGHNA Abdouah
 Date de naissance :
 Adresse : abdou.oughna@gmail.com
 Tél : 0661244896 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr Anis ACHARGUI**
 Chirurgien Orthopédiste
 105, Bd. 2 Mars, Casablanca
 Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910
 Date de consultation : 13/12/2023
 Nom et prénom du malade : Oughna Abdouah Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection orthopédique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 13/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

161 0233 81 81 16 - INP 091170910
 105, Bd. 2 Mars Casablanca
DR ANIS ACHARGUI

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
12/2023	C.S		3000	<p>Dr Anis ACHARGUI Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.02.2023	44670

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

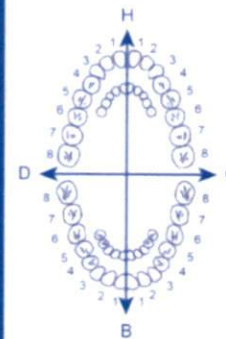
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

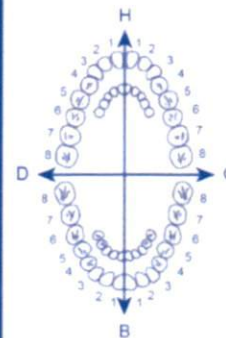
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

DES FRAIS	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

Ordonnance

MR OUGHNIA ABDERRAHIM

46,60 x 2

92,00 x 2

13,20 x 4

52,70

446,70

- **ARIXIB 90**
1 cp par jour pendant 14j
- **MYDOFLEX 150 mg**
1 comprimé, 3 fois par jour
jours
- **Algik 500 mg / 50 mg**
2 comprimés, matin, soir, pendant
- **Oedes 20 mg**
1 Gélule, soir. pendant , 15 jour



LOT : 221185
EXP : 09/2025
PPV : 76,60DH

LOT : 221185
EXP : 09/2025
PPV : 76,60DH

GTIN: 06118001260850
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP: 06 2025
PPV: 940hs00

GTIN: 06118001260850
LOT: 4017
MFG: 06 2022
EXP: 06 2025
PPV: 940hs00

LOT 211148
EXP 04/2024
PPV 52.80DH

13,20

LOT 221185
EXP 09/2025
PPV 76,60DH

13,20

LOT 221185
EXP 09/2025
PPV 76,60DH

13,20

LOT 221185
EXP 09/2025
PPV 76,60DH

Dr Anis ACHARGUI
Chirurgien Orthopédiste
105, Bd. 2 Mars, Casablanca
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910