

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 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

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- 0043897

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3082 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HATABEL BRAHIMI Fatma

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663137209 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE ALEXANDRIE
Mme BENJELLOUN FOUZIA
Docteur en Pharmacie
35, Boulevard Alexandre
Tél: 0522 86 15 13 - Casablanca
INPE: 092004456 - IGE: 00 1837 634 000 007

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

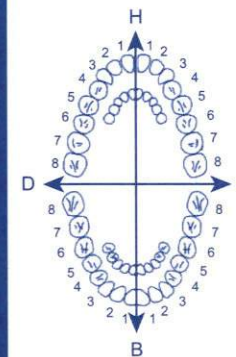
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

le 18/9/2019

M. HATTAB & IBRAHIMI
 FATIMA

1/ Maniez 24 gel

1 gel x 21 0 mal-in en fait 20 jours

صيدلية الاسكندرية
PHARMACIE ALEXANDRIE
 Mme BENJELLOUN Fouzia
 Docteur en Pharmacie
 35, Boulevard Alexandre
 Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca
 INPE: 092004456 - IRE: 00 1837 535 000 007



Dr. Latifa ZINEDDINE
OMNIPRATICIENNE

Spécialiste en Médecine du Travail
Gynécologie Médicale
Dépistage des grossesses à haut risque
Colposcopie - Infertilité - Stérilité
Diabétologie - Nutrition
Urgentologie et Oxylogie
Geriatrie-Gerontologie
Mésothérapie
Electrocardiogramme
Echographie Générale



Le 18/9/2019

الدكتورة لطيفة زين الدين
الطب العام

اختصاصية في طب الشغل
مراقبة الحمل وأمراض النساء
الخصوبة والعقم
تنظير عنق الرحم
داء السكري
التغذية والحمية
أمراض الشيخوخة
ميزونيرابيا
التخطيط الكهربائي للقلب
الفحص بالصدى

cher ami

Le 18/9/2019
M EL HATTAR EL IBRAHIM,
Fatigue après des opérations
de la ACID - mais
c'est normal, 88 heures de travail
et crise épileptique post
depuis 12 heures de douleur

thoracic videt le web
sup panclis d c content
d'ost intense
y w l'adhère po prise
en chape

am fteubt

vous le unen g
continoff

~~Alfa ZINEDDINE
Généraliste
Mars El Fida Rés. Perla
Etage, App. N° 2
Tél: 85 22 82 25 19~~

FC 61/min

I

II

III

AUR

AUL

AUF

U1

U2

U3

U4

U5

U6

Résultats mesures:

QRS	ms	:	:	:
QT/QTcB	ms	:	/	:
PQ	ms	:	:	:
P	ms	:	:	:
RR/PP	ms	:	/	:
P/QRS/T	degrés	:	/	:
QTcD/QTcBD	ms	:	:	:
Sokolow	ms	:	:	:
NK	ms	:	:	:

Interpretation:

rapport non confirmé.

Service Consultation

Reçu N° 069892

Nom et prénom : EL HATTAB ELTARHINI

Date : 17.09.2019 Heure : FAT 1h

Tél. : _____ Organisme : _____

Médecin : _____

Nature de l'acte : E C G

Acte Complémentaire : _____

Prix : 200^{mn}

Avance : _____

Reste : _____

Reçu par : Zahia

Signature