

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 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

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- 0043365

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2838 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATIMA ABDELJAOUAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 6770 9829 10. Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : Fatima Abdeljaouad Age : 64c

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

Nature de la maladie : Hémodysie

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

06/02/20
A
A
220 p Dr Hakima FERTAT
Médecin Généraliste
266, Av. Méd V. Hay Khroubga
Sidi Slimane - Tél : 06 29 35 63 62
I.N.P.E : 051173433

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

06/02/20
252,70

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

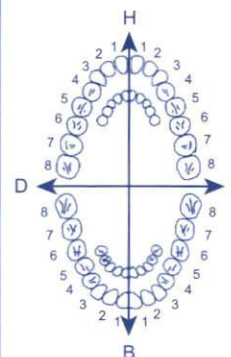
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

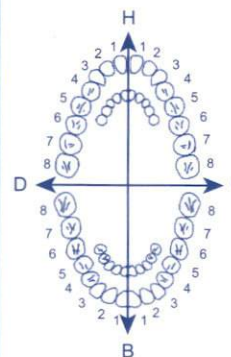
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

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

Dr. Hakima FERTAT

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat



الدكتورة حكيمة فرتات

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط

Sidi Slimane, le : 06/02/2020 سيدي سليمان، في :

M^{re} FATIMA ABDELJADID

78.20

1. laum



1 cp 1; pht 1 mois

89.50

2. Apixol spray adulte



85.00

1 pulv x 3 1;

3. ALZOLE 20



252.70

18-12 x 1 mois.

Dr Hakima FERTAT
Médecin Généraliste
266, Av. Mohamed V, Hay Khouribga
Sidi Slimane - Tél : 06 29 35 63 62
N.P.E : 051173433

PHARMACIE EL ARRIM
Dr. Khachoul ARRIM
N° 36, Bloc 4 Hay Essalam
Sidi Slimane - Tél : 06 29 35 63 62
N.P.E : 052323132

266, شارع محمد الخامس حي خريكة مقابل سينما النصر - سيدي سليمان
266, Av. Mohamed V Hay Khouribga en face cinema Anasr - Sidi Slimane
الهاتف : GSM : 06 29 35 63 62

ألزول[®] 20 مغ

أوميبرا زول

ALZOLE[®] 20 mg
28 gélules ○



6 118000 051022

28 برشامات
مقاومة للعصارة المعدية

LOT: 171
PER: NOV 2020
PPV: 85 DH 00



Oméprazole

ALZOLE[®] 20mg



معهد الصيدلة

LOREUS[®] 5 mg
Desloratadine



812. Allée des C
S. Bachou

PPV 78DH20
PER 10/21
LOT 12297-1

LOREUS[®] 5 mg
Desloratadine
30 Comprimés
Pelliculés



6 118000 041726

Apixol[®]

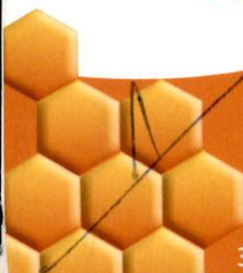
Spray gorge

Adultes

À base d'actifs naturels

Calme l'irritation
et Soulage la douleur
de la gorge

Flacon
Pulvérisateur



DISPOSITIF MÉDICAL C E

30ml

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479676

LOT

170691



2020/11

PC : 89,50 DH