

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.

Education :

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.

Prothèse :

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° P19-0036841

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

MUPRAS
RECEPTION 9

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5011 Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DAKIL MY SMAL

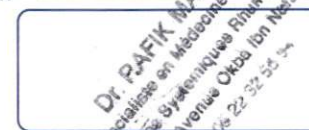
Date de naissance : 28-07-1966

Adresse : 4130F BL AL WIFA D TROUA

Tél. : 0668 197673 Total des frais engagés : 250 + 350 + 352,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2020

Nom et prénom du malade : BENDAR HALIMA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : 1. m. l. m. p. - 2. c. l. t. - 3. l. y. g.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 1. t. p. p. w.

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 : TROUA

Le : 26/02/2020

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	2	5	2500	Dr PAUL MAHIE Spécialiste en Médecine Interne Maladies Sexuellement Transmissibles 24 Avenue Okba (Dahmane) Fes Tél: 05 37 22 22 55 54

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL 24 LOT DEROUA BT Dr. Ouhman Tél: 05 37 22 22 55 54	6/2/20	350,00
	6/2/20	352,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

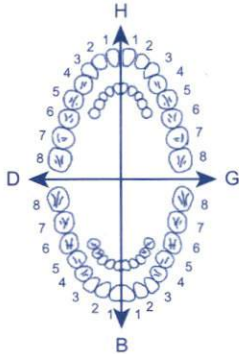
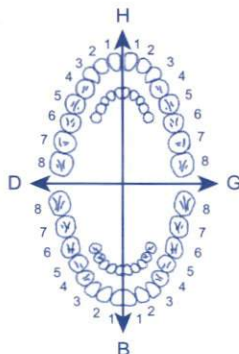
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80

EXP 03/2022
LOT 91008 3

Grands Syndromes
Maladies Rhumatologiques
Maladies du Sang

Ex Médecin
à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd
Casablanca

PPC : 149,50 DH

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

curarti forte®
comprimé

355151
07/2022

أمراض الروماتيزم
أمراض الدم
طبيبة سابقة بمستشفيات
مولاي يوسف و ابن رشد
الدار البيضاء

Berrechid le : 06/02/2020 برشيد في

N° BONDAR HADJATA

24 149,150

1) Curati Pab

26.80 1 gel x 21 j

2) AL GOMTSL

1 -> *

352,60

PHARMACIE EL MOUMMA
Dr. Othman
Tel: 05 22 32 55 94

PHARMACIE EL MOUMMA
Dr. Othman
Tel: 05 22 32 55 94

PHARMACIE EL MOUMMA
Dr. Othman
Tel: 05 22 32 55 94

Avenue Oukba Ibn Nafaa RDC Berrechid

برشيد

Tél : 0522 32 55 94

curarti forte®
comprimé

355151
07/2022

PPC : 149,50 DH

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

PPV 26DH80

EXP 03/2022
LOT 91008 3

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

Dr RAFIK MARIYA
 Spécialiste en médecine interne
 Maladies Systématiques
 Grands Syndromes
 Maladies Rhumatologiques
 Maladies du Sang

Ex Médecin
 à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd
 Casablanca

الدكتورة رفيق مارية
 اختصاصية في الأمراض الباطنية
 الأمراض المجموعية
 الأعراض الكبرى
 أمراض الروماتيزم
 أمراض الدم
 طبيبة سابقة بمستشفيات
 مولاي يوسف و ابن رشد
 الدار البيضاء

برشيد في : Berrechid le : 06 fevr 2020

نـ بـ نـ دـ دـ 2 مـ مـ جـ 2

350.00

Nebraska D-8



Dr RAFIK MAHIA
 Spécialiste en Médecine Interne
 Maladies Systématiques Rhumatologiques
 Adresse 07 Avenue Okba Ibn Nafaa
 Berrechid 34000