

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.

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

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



MUPRAS
RECEPTION 9

Déclaration de Maladie : N° P19- 0023079

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23802**

Matricule : **2610** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **AZMI EL MOSTAFA** Date de naissance :

Adresse : **M2 LOT EL WAFIA H. DEROUA**

Tél. : **0663 0728 95** Total des frais engagés : **240 DH.** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **CHOUAÏKH AFAT**
Médecine Générale
Lot. El wahda II N°107 1er étage
Deroua. Tél : 0522 53 20 70

Date de consultation : **02/03/20**

Nom et prénom du malade : **SEKKAK FOUZIA** Age : **1960**

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

Nature de la maladie : **Douleurs Abdominales**

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 : **DEROUA** Le : **02/03/20**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|

| | | | | |
|----------|---|--|--------|--|
| 02/03/20 | c | | 120 dh | |
|----------|---|--|--------|--|

CHOUAIB ARAF
Médecin Généraliste
N° 197
1er étage
L'Esplanade - Tél : 0522 53 20 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

PHARMACIE
244 LO...
DEMOU...
DR CHIMEN...
Tél : 05 22 53 20 54

2/3/20

120.0

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

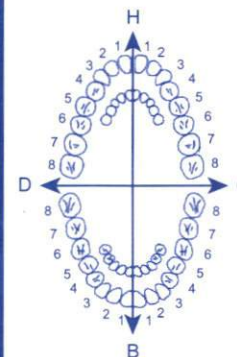
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 | | G | |
|----------|----------|---|--|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| 35533411 | 11433553 | | |
| B | | | |

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

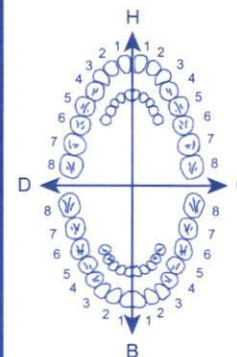
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR. Chouaikh AFAF
Médecine Générale

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

الدكتورة الشويخ عفاف
الطب العام

107, تجزئة الوحدة II, الطابق الأول
الدروة. الهاتف : 05 22 53 20 70

Deroua, le

02/03/20

الدروة, في

Azmi Sekkak
Fouzia

ur.∞

1 -

Nospa forte

1up * 3 b

7:∞

2 -

Carboline

1LP * 2 b

3 -

Tri butie

1st * 2 b

720,00

6647499000000

IPHADESM

Lot : D251H
Ut Av : 06/22

CARBOLINE CP BTE 30
PPC 75,00 DH

7930110
E-CAL449
07/16

Date de fabrication / Nr
A consommer de préfé
Best before end of
Lot n° / Batch n°

LOT : 9MA066
PFR : 05 2022

NO - SPA FORTE 80MG
CP 820
P.P.V : 45DH00
1188800061816

CHOUAIKH AFAF
Médecine Générale
Lot. El wahda II N°107 1er étage
Deroua. Tél: 0522 53 20 70