

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie
N° P19-0029323

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1075 Société : 27246
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
 Nom & Prénom : SAH Fatima
 Date de naissance : 23-9-51
 Adresse : 43, Rue I Ghrem Casa.
 Tél. : 0665 184008 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27-12-2020
 Nom et prénom du malade : SAH Fatima Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-029323

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
17/11/2020		300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-04-2020	1234,90

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous



الدكتورة زينب السلاوي الديوري

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 27.11.2020 : الدار البيضاء, في :

Nom: Sam Tahim

60,00 x 3

Obia 3

scp matin aprem

3mies

150,00

Celso 300

56,30 x 2 scp IT

Stemurk

D-ave



ampoule tous les 3 jours

79,50

CARBON

80,00

RETROX



scp x 2 IT

60,00 x 2

scp x 2 IT

betavacine



emulgel

170

scp x 2 IT

Augmentin 2g Sachet
168,90
2 Sachet x 2/1
au milieu
du repas
2 semaine

99,20

Nupentin 300mg

2g x 2/10h

122,70 x 2
Dartom 500

2cp matin

après pt déjeuner

1234,90

Pharmacie DE LA CHAOUIA
Mme Dioury Karima
Docteur en Pharmacie
416, Rue Goulmima - CASABLANCA
Tél: 0522.27.79.95 - ICE: 001635041000018

Docteur Zineb SLAOUI DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue des Hôpitaux
et Rue Dubreuil - Casablanca
Tél: 05 22 33 45 / 05 22 48 27 75

Voltaire Emulgel Topique
Gel pour application cutanée

Tube de 100 g



6 118000 220466

LOT: M0303
EXP: NOV 2021
PPV: 60,00 DH

LOT: M0298
EXP: NOV 2021
PPV: 60,00 DH

Voltaire Emulgel Topique
Gel pour application cutanée

Tube de 100 g



6 118000 220466

PPV: 56,30 DH
LOT: 19K13/B
EXP: 11/2021



6 118000 320080

SERVIER MAROC
Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180 Casablanca

daflon 500 mg
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

Imm. ZEVACO, Lot FATH 4
Route d'Azemmour, 20180

daflon 50
30 comprimés pelliculés



6 118000 100041

(CELECOXIB)

CELEBREX 200 MG
Boîte de 30 gélules

Lot: 1280010

Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2022

PPV: 150,00 DH

20 Gélules

Fabriqué par Pfizer Tunisie
Foundouk Choucha 2013 Ben Arous - Tunisie
Avec l'autorisation de Pfizer Inc - New York - USA

Laboratoires Pfizer S.A. Maroc

Km 2 Route de Oujda 24000 El Jadida

PPV: 56,30 DH
LOT: 18110/B
EXP: 09/2020

D-CURE AMPOULE



6 118000 320080

LOT: 192464 1
EXP: 10 2022
PPV: 60,00 60,00

LOT: 192464 1
EXP: 10 2022
PPV: 60,00 60,00

LOT: 192464 1
EXP: 10 2022
PPV: 60,00 60,00

Odia 3 mg
30 comprimés
AMM N° 119 DMP/21/NNP



6 118000 022077

PPV: 168,20 DH
LOT: 619314
PER: 03/21

AUGMENTIN 1 g/125 mg
16 sachets



6 118000 160182

CARBOSORB
Transit

Lot: 190891
A consommer de
préférence avant le: 12/2022
PPC: 79,50 DH

CARBOSORB
Transit



6 111259 970108

A conserver à une température
inférieure à 25°C.
حفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.
حفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.

PPV: 99DH20

NUPENTIN 300 mg
Boîte de 30 gélules
Voie orale



6 118000 300020

PROFLOX
Ciprofloxacin 500 mg
Boîte de 10 comprimés
PPV: 80,00 DH



6 118000 191056