

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.

Educational :

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 :

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- 052721

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

33189 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Noureddine Achite
Date de naissance : 05-08-1963
Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Othmane CASA
Tél. : 0664245206 Total des frais engagés : 150 + 167 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 57

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Debut d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

VOLET ADHERENT NOM: Noureddine Nache Mle 10233

DECLARATION N° W18-348132

Date de Dépôt: 15/06/20 Montant engagé: 150 + 167 DH Nbre de pièces Jointes: 3 p

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W18-348132

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom NACHIE Noureddine

Fonction: Agent Phones: 0664245206

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age

Date 18/6/20

Nature de la maladie

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

C.

C.

15004

PHARMACIE

Date 18/06/2020

Montant de la facture

167.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

Dr. AKKAD Mohamed
Médecin Généraliste
N°61, Bd. Mohamed VI
Casa, Tel/Fax: 0522 38 62 27

PHARMACIE EL HAOUJIA
150 Bd. 10 Mars
Sidi Youssef
Casablanca
05 22 95 37 80

CACHET

CACHET

Dr. AKKAD M'hamed

Médecine Générale

Bd 10 Mars 1982 N°61, 1^{er} Étage À Côté Du

Café Al Haouzia Mabrouka - Casa

Visite Enfant - Femme - Homme

Visite À Domicile

E-mail: docakkadmhamed@gmail.com



الدكتور العقاد محمد
الطب العام

الطابق الأول (قرب مقهى الحوزية)

مبروكة - البيضاء

علاج الأطفال - النساء - الرجال

الفحص في المنزل

الهاتف: 05 22 38 62 27

Ordonnance

18/01/20

NACHT

Dr. AKKAD M'hamed
N°61, Bd 10 Mars 1982
Médicine Générale
Casa, Tél/Fax: 05 22 38 62 27

49.80

① Frazyl

87.00

2 p x 21
PAINAN

30.20

1 p
NIFLON

③

167.00

1 p, le



Dr. AKKAD M'hamed
Médicine Générale
N°61, Bd 10 Mars 1982
Casa, Tél/Fax: 05 22 38 62 27

500 ملغ

BioVanic 500 mg
5 Comprimés
Dewa Pharmaceutique



6 118000 410058

NIFLURIL

adulte

PPV 30DH20

EXP: 03/2022
LOT: 80073 2

NIFLURIL

8 suppositoires à 700 mg



6 118000 030966

LOT: 19E004
PER: 06/2024

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V.: 49DH80



6 118000 060062