

## RECOMMANDEATIONS 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-553083

39231

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société	
Matricule : 19312		Nom & Prénom : AIT ALI OMAR	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Date de naissance : 16/07/1984		<input type="checkbox"/> Autre :	
Adresse :		Tél. : 0661739776	
Total des frais engagés : 720,60		Dhs	

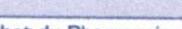
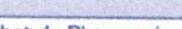
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : Mme EL MASKI SARA	
Age: 30	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection gynécologique	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : -3 SEP 2014	
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 : 09/09/2014

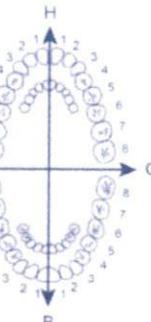
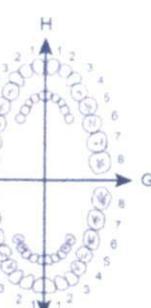
Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE 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
17.07.2020	CS	300,00	091142687	<i>DR</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 	17/07/20	4806

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)									
				INP : <input type="text"/>									
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>									
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>									
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>									
<b>O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21439582</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21439582	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21439582											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>													

**GYNECOLOGUE - OBSTETRICIENNE**

Gynécologie médico - Chirurgicale

Grossesse à haut risque - Accouchements

Maladies des Seins - Echographie

أمراض النساء والتوليد

الأمراض والجراحة النسوية

التوليد - أمراض الثدي

الفحص بالصدى

Casablanca, le

17/01/2020

M. El MASKI SARA

6990XL

① ~~gynoflor~~ 5

02B020

3X4050 Lou le sur

② ~~Endyfon~~ 8

PHARMACIE EL MOUTAHLI  
CHIRURGIE Abdellah  
63, Bd El Moutaali Miskakbi  
Tél : 012 21 99 76  
Ain Chock Casablanca 20150

Scp → 15J04 10/10/20

1 mois 1/2

③ ~~Leless~~ 1app 20/0r

01. R. 225 R. 225  
Gynécologie  
Angle Bd ZIRAOUI - Rue Mohamed SEDKI  
Rés. PALMERAIS VERTE III. 1er étage Casablanca  
Tél: 05 22 49 11 94 / 06 78 67 73 14

41 Belara - 85,30

Lot:  
EXP:

T97259B  
07 2022

PPV: 85DH30



1 pilule for a compo  
du cycle 1er - 2nd  
et 3rd

420,60

CHIRIB Abdellah  
PHARMACIE EL MOSTAFAI  
63, Bd Benoua Hay El Mostafa  
Ain Chock Casablanca  
Tél : 022 3199 76

319334

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

Distribué par ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc, Dr. M. EL BOUHMAD  
Pharmacien Responsable  
AMM N° 395/17DMP21/NRQ  
P.P.V.: 69,90 DHS

Distribué par ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc, Dr. M. EL BOUHMAD  
Pharmacien Responsable  
AMM N° 395/17DMP21/NRQ  
P.P.V.: 69,90 DHS