

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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 étage 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° W19-459742

(39867)

| | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 767 | | Société : RAM Retraité | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | LABDAH Met |
| Nom & Prénom : | | | |
| Date de naissance : 21.01.1941 | | | |
| Adresse : Hay EL Abla Rue 3 n° 28 El oufia Casa | | | |
| Tél. : 0665 32 81 66 | | Total des frais engagés : 1371,70 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Dr. CHAFIK FOUAD MEDECIN EXPERT Bd Oued Oum Errahbi Casablanca N° 4 Oulfa Tél: 0522 20 51 65 | | | |
| Date de consultation : 05/09/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : LABDAH Mohamed, Age: | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Prostéatite HTA et Hypertension | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS | | | |
| 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) : 14 SEP. 2020
ACCUEIL

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 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/09/2024 | Acte de consultation | 1 | 100.00 | INP : 00000000000000000000000000000000 Dr. CHAIX MEDECIN EN EXERCICE Domicilié au 52 rue de la République à 51000 REIMS Signature : Dr. CHAIX Date : 05/09/2024 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 05.10.91 | 1271,70 |

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------|-------------|--|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
| | | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | <input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 1

49,40

49,40

49,40

EXPERT ASSERMENTE PRES LES TRIBUNAUX

Diplômé de l'Université de Montpellier 1

PREVENTION ET DEPISTAGE EN GYNECOLOGIE

ECHOGRAPHIE

الحاكم

نبيلي 1

سدي

Casablanca, le : 05

CASABLANCA



58,10x3

- Amarel 1



207,00x3

- Triotec 10



49,40x3

- Augisaf



22,40x3

- Askardil 7



94,00x3

- velox 1



1271,70

- 1



N° 10633

Prise au total de 325



شارع واد أم الربع، زنقة 69 - رقم 4 الطابق الأول - حي الأشرفية - الهاتف : 05 22 90 51 65 - الدار البيضاء

Bd. Oued OUM ERRABII Rue 69 N°4 - 1er étage Hay Oulfa - Casablanca - Tél.: Cab. 05 22 90 51 65

AMAREL 1MG
CP 830
P.P.V : 51DH10
0

AMAREL 1MG
CP 830
P.P.V : 1DH10
0

AMAREL 1MG
CP 830
P.P.V : 51DH10
0

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90039 14

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés
disponibles

PPV 22DH40
EXP 06/2022
LOT 90012 1

Dr. CHAFIK Fouad
MEDECIN EXPERT
Bd Oued Oum Errabii - Hay Oulfa N° 4 Oulfa
Tél: 0522 90 51 65

LOT N° : 1001835
EXP : 12/2022
PPV : 94DH00

LOT N° : 1001835
EXP : 12/2022
PPV : 94DH00

LOT N° : 1001835
EXP : 12/2022
PPV : 94DH00



30 Comprimés
TRIATEC® Protect® 10mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
! Utiliser dans les cas de forte fièvre !

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Ainsi la santé protégée

RAMIPRIL
TRIATEC® Protect® 10mg

30,00



30 Comprimés
TRIATEC® Protect® 10mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
! Utiliser dans les cas de forte fièvre !

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Ainsi la santé protégée

RAMIPRIL
TRIATEC® Protect® 10mg

30,00



30 Comprimés
TRIATEC® Protect® 10mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.

Uniquement sur ordonnance / Tableau A
! Utiliser dans les cas de forte fièvre !

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES
Ainsi la santé protégée

RAMIPRIL
TRIATEC® Protect® 10mg

30,00