

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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- 059877

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EL OUAHIDI Société : LAKKBI R

☐ Actif ☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : TRIETI

Date de naissance : 11 AVRIL 1949 CASABLANCA

Adresse : 05 22 57 58 72 / 06 50 02 82 60

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور سمير عبد المومن
الطب العام - خبير محلف
122, شارع الداخلة سبابة ج 6
الهاتف: 022.37.89.00 - الدار البيضاء

Date de consultation : 26 OCT 2020

Nom et prénom du malade : EL OUAHIDI Lakbi Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : diabète - dépression Nerveuse

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) :

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
26 OCT 2020	C	1	150 dh	الدكتور سمير عبد المولى الطبيب العام - فخبير محلف 5 شارع الداخلة سبابة ج 5 الدار البيضاء - 022.37.89.00 الهاتف: 022.37.89.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MASJID HAY NOUR Bd Abdelkader Sehraoui Hay Ennour Rue 2 N° 73 Sidi Othmane - Casa tel : 05 22 59 44 55	26/10/2020	479,30

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, le geste pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement dentaire.

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

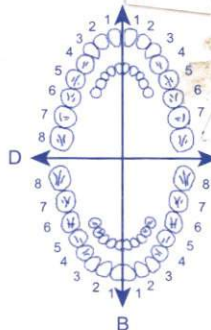
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 dentaire.

SOINS DENTS



Dents

Nature des

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

LOT 190223
EXP 04/2021
PPV 34.70DH

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

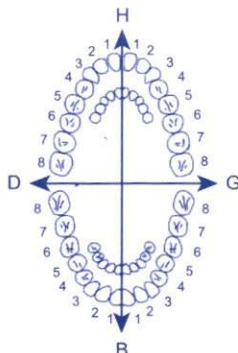
GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

Glucovance 500 mg/ 2,5 mg
30 comprimés pelliculés B/30
PPV : 42.00 DH

GLUCOVANCE® 500mg/2,5mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 42DH00
Distribué sous licence par LAPROPHAN S.A.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelmoumene SAMIR

Médecine Générale
Diplôme d'Echographie
Expert assermenté

122, Bd. Dakhla, Jamila 5
Cité Jemaa - Casablanca
Tél.: 05 22 37 59 00

الدكتور عبد المومن سمير

الطب العام
دبلوم الفحص بالصدى
خبير محلف لدى المحاكم

122، شارع الداخلة جميلة 5
قريّة الجماعة - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 37 59 00

Le :

26 OCT 2020

El Ouahidi u Kbir

42,00 x 06

(S.V)

Calcium 500 / 2,5 (66)

34,70 x 06

(S.V)

1 cp x 3 l par 2 mois

x 7 tenol (36)

1 cp mat - x 2

1/2 S R

123,20

(S.V)

x ERium Bt 50 (26)

1/2 mat) + 2 mois

T = 479,30

الدكتور سمير عبد المومن
الطب العام - خبير محلف
122، شارع الداخلة جميلة 5
الهاتف: 022.37.89.00 - الدار البيضاء