

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.

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

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- 0040056

47284

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2772 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : BRAISI Mohamed
Date de naissance : 1948
Adresse : 100 Bloc 104 Cité Cherof AGADIR
Tél. : 0614 288349 Total des frais engagés : 150 + 125,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr GUESSOUS Mohamed
64, Allée des Sophoras - Ain Sebaâ
CASABLANCA - Tél. : 02235.00.22

Date de consultation : 10 / 11 / 20
Nom et prénom du malade : BRAISI Mohamed
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : VACCIN
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 : Casablanca Le : 10 / 11 / 20

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
10/11/22	C		1500	Dr GUESSOUS Mohamed 64, Allée des Sophoras - Ain Sebaâ CASABLANCA - Tél. : 022 35.00.22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/22	125,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

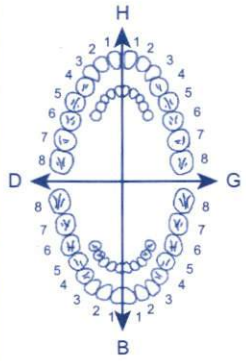
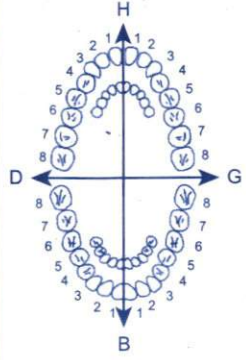
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux														
					Montants des Soins													
					Debut d'Execution													
					Fin d'Execution													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				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 Mohamed Guessous

Omnipraticien

Lauréat de la Faculté de Médecine

Centre Hôpitalo - Universitaire Avicenne

الدكتور محمد جوسوس

خريج كلية الطب

المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا

Casablanca, le 10.11.20

الدار البيضاء، في

Dr BRAITI
MOHAMED



Vaccifip

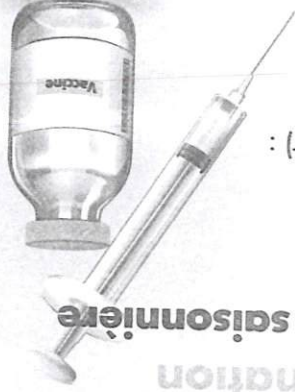
Dr GUESSOUS Mohamed
64, Allée des Sophoras - Aïn Sebaâ
CASABLANCA - Tél.: 022.35.00.22

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC
+0XMA3+ I HC4039



وزارة الصحة
Ministère de la Santé
+C.L.O+ I +A30X

Carte de Vaccination Contre la grippe saisonnière 2020 - 2021



N°carte (N°dans l'ordonancier) :

11.000000



335, Avenue Mohammed V - Rabat

Tel : +212 537 76 11 21 - Fax : +212 537 76 84 01

<http://www.sante.gov.ma>

Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Région	CASA
Povince / Préfecture	Ain Sidi Mohammed
Commune / Ville	Ain Sidi

Informations sur le vacciné et la vaccinovigilance

Nom et Prénom	BRAITI MOHAMED
Sexe	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Age	72 ans 1948
CIN	3 9249
Adresse	100 Bp. 104 cité chérif 461012
Tel	06 14 088949

Carte de Vaccination contre la grippe saisonnière 2020-2021

Information sur le vaccin contre la grippe

Date dispensation	Nom de spécialité	N° lot	Date de péremption	Cachet du pharmacien d'officine
10/11/20	Celvac	2011	07/22/21	

NB : En cas d'apparition d'effet indésirable suite à la vaccination il faut le notifier au centre Anti Poison et Pharmacovigilance du Maroc CAPM, téléphone : 0801000180, 24/24h et 7j/7 ou par mail: capm@capm.ma

Vaccination

Médecin prescripteur	
Lieu de vaccination	
Vaccinateur (cachet)	Dr GUESSOUS Mohamed 64, Allée des Sophoras - Ain Sebaa CASABLANCA - Tél : 022 35 00 22
Date de vaccination	11/20