

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0034461

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3688 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 136888
 Nom & Prénom : Chaabi Mohamed
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 18/10/22
 Nom et prénom du malade : Chaabi Salal Reddine Age: 22
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Angines Aiguës
 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 18/10/22
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21/10/22	ce	ce	150	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-10-22	146,38

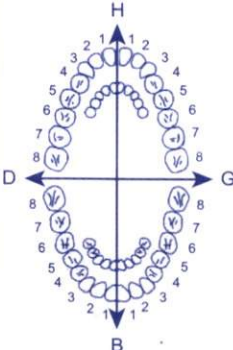
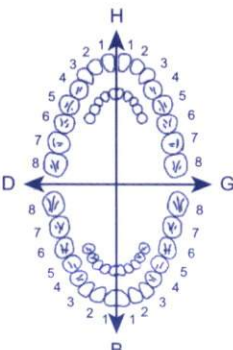
[illegible][illegible]

RELEVÉ 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.

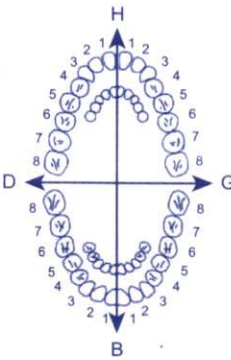
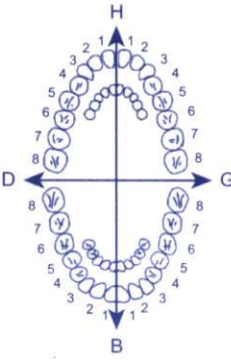
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>							
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">D</div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="text-align: center;">B</div> </td> </tr> </table>			<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		<div style="text-align: center;">D</div>		<div style="text-align: center;">B</div>		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
<div style="text-align: center;">H</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="text-align: center;">G</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>									
<div style="text-align: center;">D</div>		<div style="text-align: center;">B</div>									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>							
							DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>						
								FIN D'EXECUTION <input type="text"/>					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D0000000000000000G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div> <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>							
							DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
								DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Chouaikh AFAF
Médecine Générale

107, Lot El Wahda II - 1er Etage
Deroua - Tél.: 05 22 53 20 70

الدكتورة الشويخ عفاف
الطب العام

107، تجزئة الوحدة II، الطابق الأول
الدروة، الهاتف : 05 22 53 20 70

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BEN ELLOUH
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

INPE: 06 20 74 810

Deroua, le 18/10/22 الدروة، في

Salaheddine Chaabi

- 1 - Acetylcysteine 1g
1 cp x 2 / j x 6j (S.V)
59.00
- 2 - Biomylase 1g
1 cp x 2 / j x 5j (S.V)
27.20
- 3 - Aspergine 1g
1 cp x 2 / j x 5j (S.V)

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BEN ELLOUH
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

146.30

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Chouaikh AFAF
Médicine Générale
Lot. El Wahda II N°101-1er étage
Deroua. Tél: 05 22 53 20 70

CHOUAIKH AFAF
Médicine Générale
Lot. El Wahda II N°101-1er étage
Deroua. Tél: 05 22 53 20 70



ASPEGIC 500MG
SACHETS B20
P.P.V: 270H20

LOT: 21E001A
PER: 07 2023

AXIMYCINE®

14 comprimés dispersibles

PPV 64H10

LOT 210024
EXP 03/2024

55,00

BIOMYLASE®