

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

- 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 066080

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2083 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zeroual Abderrahim

Date de naissance : 15/10/1955

Adresse : même adresse

Tél. : 0674.03.1338 Total des frais engagés : 708,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/11/2022

Nom et prénom du malade : Beteoui Fatma Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : IRCT

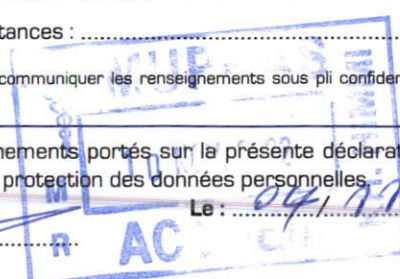
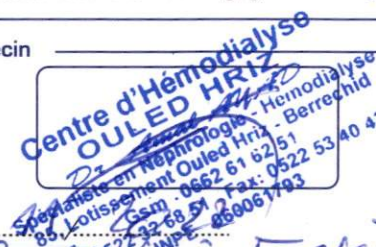
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Berrechid Le : 04/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 montant des Actes
04.11.2022	LS			Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse 85, Lotissement Ouled Hriz - Borrechia Gsm : 0662 61 12 51 Tel: 0622 32 68 51 Fax: 0522 53 40 43 INPE 060061793

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

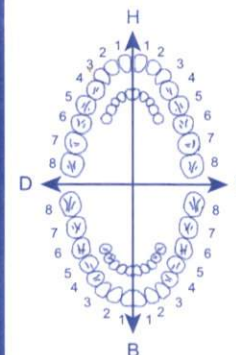
Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

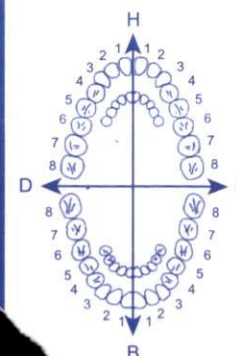
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 06/2025
LOT 22034 48

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :

79,70
PPV 79DH70
PER 01/25
LOT 1352

DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULE

al AYAD
en Néphrologie
odialyse



أمال عياد
مرض الكلبي
الدم

Berrechid Le : 01/11/2022

20,00
102 - Sautier
4 up
27 346
27 346
Dasilix 40mg

Berrechid Le : 01/11/2022
Sautier
4 up
27 346
27 346
Dasilix 40mg

(Dartes)

27 2,20
Unalfe

Sautier

2up en 2 x 3/

seuier
(Dartes)

29.70

Azix

1up x 10

3 can
(M)

15.30

Merlan

Sautier

Centre d'Hémodialyse
Amal
en Néphrologie - H. Bouhassou
ement Ouled Hariz - Berrechid
0662 61 02 5
06061793

(Dartes)
T0 70616

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10677 CASABLANCA-MAROC
UN-ALFA® 1 µg capsule
Boîte de 30 capsules
6 118001 200740
PPV : 172 DH 20

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10677 CASABLANCA-MAROC
UN-ALFA® 1 µg capsule
Boîte de 30 capsules
6 118001 200740
PPV : 172 DH 20

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

PPV :
Exp : 20,00
N° Lot :

LOT : 22E003
PER: 01/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LOT : 22E003
PER: 01/2026
LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00