

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

- Reclamation : 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- 0061164

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5260

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHACHAD FOUZIA

Date de naissance : 26/11/1957

Adresse :

Tél. : 0662396113

Total des frais engagés : 1622,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelilah SAMI
Professeur de Neurochirurgie
44 rue des hôpitaux (face aux urgences
Ibn Rochd Morizgo) - Casablanca
Tél : 05 22 22 22 42

Date de consultation : 4/11/20

Nom et prénom du malade : ELHACHAD FOUZIA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

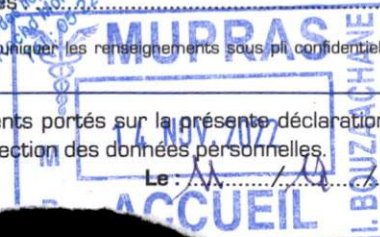
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/11/2020

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
04/11/22	S		1322,20	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/11/22	1322,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

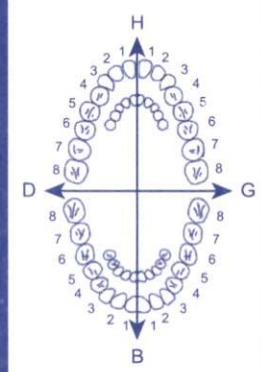
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

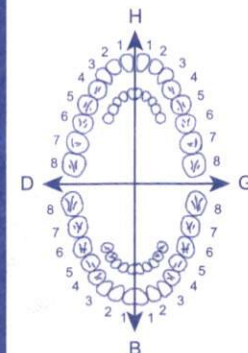
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
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

LOT PUG: 198.000 Dh

C160
2024-08

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV. 2021/01/1

PPV 29 DH 10
PER 08/24
LOT L2779

29,10

decine
France

04.11.2022

Caen, le

الدكتور عبد الإله السامي

أستاذ في جراحة الدماغ
والأعصاب و العمود الفقري

حاصل على شهادة جراحة الدماغ
والأعصاب ببريطانيا الغربية بفرنسا

الدار البيضاء، في

Pharmacie du Lycée

Date: 04/11/22
N°: 14576
Qté: 4 Boite

Mme EL HACHAD Fouzia

S.V

1 TEGRETOL 200 mg cp séc : E/50

1 comprimé le matin, 1/2 à midi, 1 le soir, pendant 3 mois.

2 LIORESAL 10 MG

1/2 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois.

3 CILENTRA

1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois.

4 DOLIFENE 600 MG

1 comprimé le matin, à midi et le soir.
En cas de douleur

5 INEXIUM 40 mg cp gastrorésis : Plq/28

1 comprimé le matin, avant le repas, avec le dolifen

6 RELAXOL

1 comprimé le matin et au coucher, pendant 1 mois

7 NOCICEPTOL POMMADE

1 Application le matin et le soir, pendant 1 mois.

Professeur Abdelilah SAMI

44, rue des hôpitaux, Casablanca (face aux Urgences Ibn Rochd Morizgo)
Tél : 05 22 22 22 42 - GSM : 06 23 77 96 11
E-mail : samiabdellilah@yahoo.fr

44, زنقة المستشفيات، الدار البيضاء (أمام مستعجلات ابن رشد موريكو)
الهاتف : 05 22 22 22 42 - المحمول : 06 23 77 96 11
البريد الإلكتروني : samiabdellilah@yahoo.fr

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
LOT: 22E003
PER: 01/2025
6 118000 060833

LIORESAL® 10 mg
Boîte de 50 comprimés
PPV: 105,80 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir hnuu al souam rochas
nairas casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641NSMP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

LIORESAL® 10 mg
Boîte de 50 comprimés
PPV: 105,80 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir hnuu al souam rochas
nairas casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boîte 14
641NSMP/21NRC P.P.V: 123,60 DH
6 118001 020807

LOT: M22023
EXP: JAN 2025
PPV: 51,30 DH

LOT: M22023
EXP: JAN 2025
PPV: 51,30 DH

LOT: M22023
EXP: JAN 2025
PPV: 51,30 DH

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

LOT: M22031
EXP: JAN 2025
PPV: 51,30 DH

PPV: 126 DH 00