

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 canalaire, 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 canalaire.

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

M22- 0012515

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM 144729
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GOTNI AHMED
 Date de naissance : 09-07-1962
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 209,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

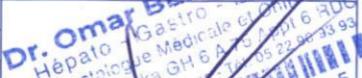
Cachet du médecin : Dr. Omar BENREDOUANE
 Hépat - Gastro - Entérologue
 Proctologie Médicale et Chirurgicale
 Lot Baïrka GH 6 A 75 Apt 6 RDC
 Hay Hassan, Casablanca 20000
 Date de consultation : 09/01/2023
 Nom et prénom du malade : Gotni Ahmed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Digestive
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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) :

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 honoraires
09 07 2023	# Contrôle #			

Dr. Omar BEL... Gastro - Hépato - H...
Hépatologie Médicale et Gastro-entérologie
GH 6 A 75 Appl 6 3DC
Tél: 05 22 00 33 90

Procedural
Lot Bani Ka
Hay Hassan, Case

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9-1-23	909.10

Montant de la Facture

90 9. 10

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

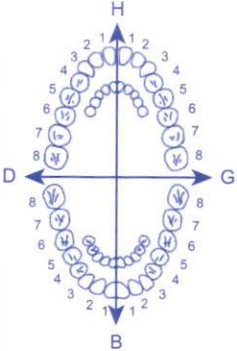
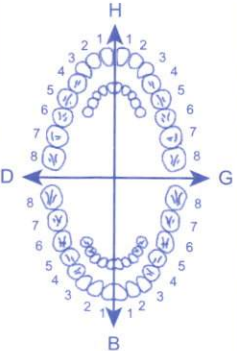
Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

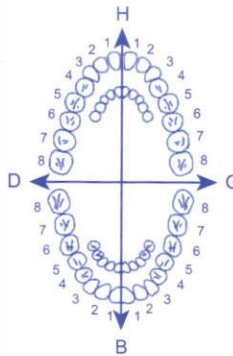
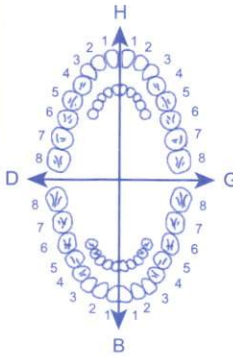
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 00000000 00000000 </div> </div> <div style="text-align: center;"> D </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 35533411 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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 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						
	<div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D—————G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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 L'EXECUTION

الدكتور عمر بن رضوان

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

والبواسير)

المخرج

الداخلي

MMYC.101


Lot N°:

Fab :
À consommer avant la date EXP
PPC : 149.00 MAD

MMYC.10
02/2022
01/2025



8 906115 620718



Casablanca le: 09/01/2023

LOT 221253
EXP 04/2024
PPV 122.80DH

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX® 40 mg
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Flacons buvables
PPV 60,00 Dhs.
6 118001 440016

Lot: 220598
A consommer avant le: 07/2025
PPC : 89,50 DH

Lot: 220240
A consommer avant le: 04/2025
PPC : 89,50 DH

LOT: 09022017
PER: 07/2027
FPV: 1.00 04

LOT: 09922017
PER: 05/2027
PPV: 27.36 DH

LOT: 09922017
PER: 05/2027
PPV: 27.00 BH

Lot Baraka GH 6 A 75 RDC Appt 6 Hay Hassani الطابق السفلي ش 6 الحي الحسني
Tél : 05 22 90 93 93 :الهاتف Urgences: 06 63 61 37 41 :مستعجلات