

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.



Déclaration de Maladie

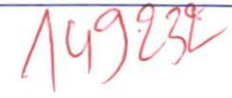
M22- 0032541

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 807 Société : Ram
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : Braouha Mohamed
 Date de naissance : 6/8/63
 Adresse : Ouled Soltan Boukhouja Lassa
 Tél. : 0666166650 Total des frais engagés : 750, 2 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

09/09/2023 750.10

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

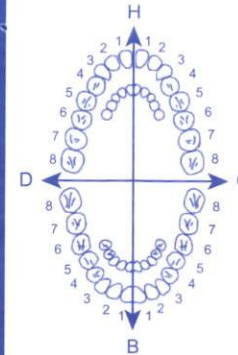
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de 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 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

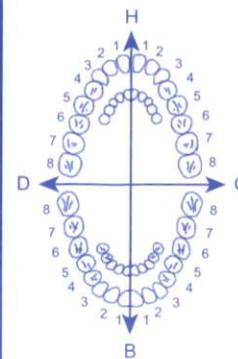
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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



211027074440BE

09 février 2023

BENOUHOUD MARIA

64.10 x 5
20.10 x 6
58.10 x 2
99.10

- 1/ **ANCINE 50MG** 1cp X2 /jour
- 2/ **SINTROM** 3/4cp/jour
- 3/ **CARDENSIEL 5 MG CP** 1/2 cp par jour
- 4/ **OEDES 20 MG GELULE** 1 gel 1/4Heure avant repas

traitement de 3 mois

95.10

Extramag

1 cp

Nali

750.20

PR. ACE OULED SALE
Dr. MOUNT MAALAOUI
C.R Ouled Saleh, Durr Lahouacoura
par Bouskoura - Tél: 05 22 59 02 75

Hôpital universitaire international Mohammed VI
Pr. Assistant EL OUIAHADI Amal
Cardiologue
12-120326



090063728

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
6 118000 141112

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

6 118001 100873
Cardensiel® 5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 58,10 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
6 118000 141112

LOT : 404
PER : 05/23
PPV : 64,00 DH

V002-01/21
ETEXMAC030CP
3 760162 579741

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
6 118000 141112

LOT : 407
PER : 12/23
PPV : 64,00 DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
6 118000 141112

LOT : 410
PER : 11/24
PPV : 64,00 DH

OEDES 20mg
28 gélules
6 118001 100088

LOT 211480
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

ANCINE® 50mg
30 comprimés enrobés
6 118000 141112

LOT : 408
PER : 05/24
PPV : 64,00 DH

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 5 20,00

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 20 00 00
10 / 23
E 0 4 9

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés
6 118000 181187

PPV :
Exp :
N° Lot : 20,00