

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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1856

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SLAOUI KHATIA

Date de naissance :

1956

Adresse :

SC LOT. KHALFADOU oujda

Tél. 061 820 500

Total des frais engagés : 506,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr KERAZI 71 Mohammed
Dr KERAZI GIEN
39 Bd Mohammed V - OUJDA
Tel 05 36 68 45 10

Dr KERAZI Mohammed
Dr KERAZI GIEN
39 Bd Mohammed V - OUJDA
Tel 05 36 68 45 10

Cachet du médecin :

Date de consultation :

12/01/23

Age : 66

Nom et prénom du malade :

SLAOUI KHATIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

synthèse infectieux

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 : SLAOUI KHATIA

Le : 12/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0053693

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE 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
10/12/13	C	9	1000	DIKER ZAIN CHIBA 39 Bd Montaigne V - OUADA Tél 05 36 08 45 10

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
ZAKRA OUNI PHARMACIE INPE: 08203 1. Med. Bellahdja 70 47 98 / GSM: 0881 08 88	12/01/2013	356,80

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles. The grid is centered at the origin (0,0). The axes are labeled D (left), G (right), H (up), and B (down). The grid contains the following values:

Row	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2
4	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3
5	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4
6	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5
7	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6
8	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
9	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8
10	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KERZAZI Mohamed
CHIRURGIEN
Expert Assermenté
Près la Cour d'Appel d'Oujda

ICE : 001669855000097
39, Boulevard Mohammed V
Tél. : 05 36 68 45 10 - OUJDA

الدكتور كرزازي محمد
طبيب جراح
خبير مخلف
لدى محكمة الاستئناف بوجدة

39، شارع محمد الخامس
الهاتف : 05 36 68 45 10 -

Oujda, le 12/01/23

PPV: 55,00 DH
LOT: 650094
PER: 05/24

55,00



- Amoxic 1g

14,00 (M)



x 3 Dripem 1ml (4B)

5,60 (M)



- (57) pris - 89,55 (M)

321 (M)

69,00 Dexam 2 g



37,20 Physiogel



40,10. 20 (M)

- XYZ 20 mg



356,80 (M) 12/23

PPV: 14DH00
PER: 06/25
LOT: L2044

PPV: 14DH00
PER: 10/25
LOT: L3611

PPV: 14DH00
PER: 10/24
LOT: K2751

PPV: 14DH00
PER: 01/23
LOT: L223

Lot: 220210
A consommer
de préférence avant le: 02/2025
P.P.C: 90.50 DH

LOT: 220866
BLUO: 12/2025
69,00DH

ZENITH PHARMA
PPC: 37,20 DH

LOT 221039 1
EXP 04 2026
PPV 40 10