

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

- 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

N° M20- 0003312

176 596

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3413 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GHAOUTA ABDELOUAHAB
 Date de naissance : 01-01-1958
 Adresse : Lotissement EL WAFI NO 97 DEROUA
 Tél. : 06 63 01 90 69 Total des frais engagés : 938,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 09 JAN. 2023
 Nom et prénom du malade : Bachag: min- Age: 1963
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Suspicion de diabète
 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 : DEROUA Le : 20/02/2023
 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 Actes
09 JAN. 2023				Dr. Smahel Médecin généraliste Lot Chabab 1 N 102 - Deroua Tél: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57 INPE: 061240933

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE: 06 20 74 810	09-01-23	123,25
INPE: 06 20 74 810	10-01-23	665,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

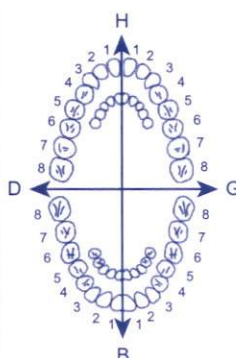
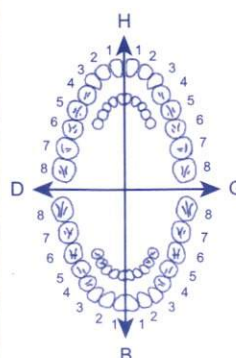
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور إسمايل المالكى

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

DEROUA, le :

09 JAN. 2023

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N 102 - Deroua
Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Dr. Smail Malki

Mr.

monof 300

dx

1 m.

123,25

in

Pre Vital Gel

ngly.



FSC No.: 03/27/108/00192/AM-21

GTIN: 1890129630726

Lot: RGM00921

Exp: SEP. 2021

Exp: AUG. 2024

S.N.: 9HS2SXNZ8

Prix : 123DH25

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste

Lot Chabab 1 N 102 - Deroua
Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور إسمايل المالكي

طبيب عام

فريق كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

11 JAN. 2023

DEROUA, le :

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste
Lot Chabab 1 N 102 - Deroua
Fix: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

M Bachoufi Mina

82.00 x 6
4 Glucose 1000 15
1 x 2

57.80 x 3
1/1 Cost. P 2
17/mai
665,140
x 3 mois
x 3 mois

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Lot N° 4 - DEROUA
Tél: 05 22 57 47 07

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste
Lot Chabab 1 N 102 - Deroua
: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N°102 - Deroua
Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

LOT : 221193
EXP : 09/2025
PPV : 57,80DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH