

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

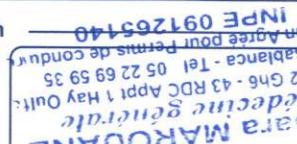
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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



AS6561

Déclaration de Maladie : N° S19- 0004278

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11440	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN ITTOULAY HASSAN		Date de naissance :	
Adresse :			
Tél. :	06 65 79 61 62	Total des frais engagés :	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 <p>INPE 091265140 Medecin Agace pour permis de conduire Cesepbance - Tel 05 22 69 59 35 Achref 2 Gnb - 43 RDC App 1 Hwy Out Dr SARA MAROUANE Medecine Generale</p>		
Date de consultation :	05/04/2023		
Nom et prénom du malade :	BEN ITTOULAY ABDELWAHAB		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection respiratoire		
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 : Cass

Signature de l'adhérent[e] :

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
25/01/2012 23	CS	01	1300	<p style="text-align: right;">Médecine générale</p> <p style="text-align: right;">Sara MAROUANE</p> <p style="text-align: right;">ADML2 G66 - A3 RDC App1 Hyg Out.</p> <p style="text-align: right;">Cession d'actes tél. 05 69 69 35</p> <p style="text-align: right;">ADML2 G66 - A3 RDC App1 Hyg Out.</p> <p style="text-align: right;">Cession d'actes tél. 05 69 69 35</p> <p style="text-align: right;">Médecin Adm pour Periods de Confinement</p> <p style="text-align: right;">091265140</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMAUL BOUBANE Rés Riad Oufia, GH33 ET M19 et 20 Oufia Casablanca Tél : 05 22 65 84 62	5/10/2023	231,5

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

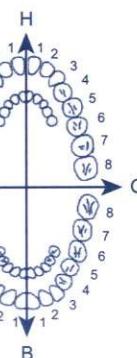
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	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"/>

Vita C 1000®

Docte

M

Diplômée d

PPV 15DH30
EXP 10/2025
LOT 2N040 20

NE

sablanca

diabète et hypertension

Cupping therapy

La médecine Esthétique

Médecin agréé pour permis de conduire

طفال

ديبروزون® 0,05 % كريم

بيتاميتازون

الدهن فقط

LOT : 070
PER : AUT 2025
PPV : 17 DH 30

MSD

الطب التجميلي

طبية مقبولة لرخصة السياقة

Ordonnance

Casablanca le

05/06/2023

Montoulay Abde l'Warhad

98,00

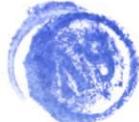
1) Tamox 1g /



1 sachet x 2 fl j ptt 6 fl x 1.

19,30

2) Vita C 1000



29,90 1 spa 2 fl j

3) Fit eraax



PHARMACIE BOUBAKER
Rés Riad Oulfa 1, GH33, E11
M19 et 20 Oulfa-Casablanca
Tel : 05 22 65 84 64

4) Febreax



17,90 1 sachet x 3 fl j

5) Diprosone



1 app 1g

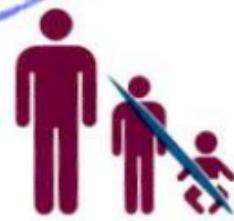
23 A, 50 Acharaf 2 GH6 - 43 RDC Appartement 1 Hay Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 69 59 35

Dr Sara MAROUANE
Médecine générale
Acharaf 2 GH6 - 43 RDC Appart 1 Hay Oulfa
Casablanca - Tel 05 22 69 59 35
Médecin Agréé pour Permis de conduire
INSEE 051265140

FEVER-X®

Adulte

- Rhume
- État Grippeux
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques



Voie Orale

LOT : 1974
UT.AV: 02-26
PPV: 21DH00
PHARMED

زاموكس[®]

أموكسسييلين - حامض كلاغيلانيك
125 غ / 125 مل

الكبار

مسحوق لأجل
 محلول للشرب
 عن طريق الفم



نسبة الأموكسسييلين -
حامض كلاغيلانيك 1/8

12 كيسا

PPV: 98DH00
PER: 01-26
LOT: M177

فيتودراكس®

محلول للشرب

صمغ النحل + 6 مستخلصات
طبيعية و زيوت أساسية
+ فيتامين C

للكبار

لراحة
المسالك التنفسية
والحنجرة

نكهة التفاح والعسل

مكون من
مستخلصات
طبيعية

200 مل

MEDIPRO
PHARMA



8 032578 479515

Lot : 230026
À consommer
avant le : 01/2026

PPC : 79,90 DH