

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-723911

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18658 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHOU M OUSAMA

Date de naissance : 19/12/1985

Adresse : 24-H9, Résidence Oud de vie, ville verte BOUGKOURA

Tél. : 0515091970 Total des frais engagés : 813,4 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/04/2023

Nom et prénom du malade : BOUCHOU YOUS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : consultation - Vaccin

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 : CASABLANCA

Le : 26/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
2/4/2023		2	25504	INP: 001113559

INP: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

INPE: 001113559

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

CASA S.A.R.L.

Bd 50

Lot Communal Sidi Mearouf

ICE: 05 22 32 19 37

INP: 0016876800000033

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

INP: 092043702

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

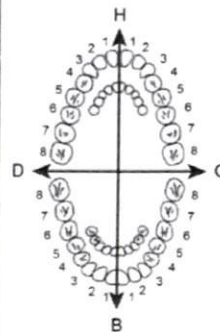
IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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



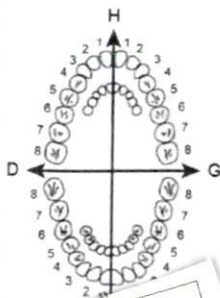
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA

VARIVAX[®] vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unitaire de 0,5 ml
PPV-364.00 OH
AMM N° 789160MP/21/NSF
Distribué par MSD Maroc



VARIVAX[®]
Virus de la varicelle vivant atténué [souche OKA/Merck]
In flacon unitaire de 0,5 ml de vaccin en poudre et un flacon
indose 0,7 ml de solvant stérile pour reconstitution.

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

EXECUTION



Doliprane[®]
Paracétamol 325 mg
Solution buvable 100 ml

Dr. Salma BENKIRANE

Pédiatre - Allergologue
Homéopathe
Ancienne interne
du CHU Ibn Rochd



Casablanca, le : 08/04/2023 : الدار البيضاء في :

BOUCHOUM YANIS

1) ALUMINA -T/5 CH

10 granules le 2 eme jour

2) ARNICA MONTANA -T/9 CH

10 granules le 1 er jour

3) dolipediatrique

1 ddp(21) 4 fois par jour pdt 2 jours si fièvre sup a 38

4) HAVRIX

5) THUYA OCCIDENTALI -T/15 CH

10 granules le 1er jour

6) varivax

Pharmacie MORJANI
Mme CASAJA A.F.L.A.U.
bd 50, HAJAJ NADIA
Tél : 06 80 12 22 32
ICE : 001737284000039
INP : 091173559
092043702



Doli[®]
Pédiatrique
Paracétamol

PPV 17DH50
PER 12/25
LOT L4011

17,50

