

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

M22- 0026490

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ECHCHERKI Omar
Date de naissance : 1945
Adresse : même adresse 161321
Tél. 0522911581 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AMMOURI Marouane
Médecin des Urgences

Date de consultation : 06/05/2023
Nom et prénom du malade : OUCHAKKI Aicha Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Bruchite
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) : MUPRAS

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
08.05 2023		500		Dr. AMMOUNI Mardouk Médecin des Urgences

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Responsable	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL OMAR Docteur en Pharmacie Dr. M. Oued Soud Tél / Fax : 05 22 91 55 45 CASABLANCA INPE : 092008549 CE : 00154148000057	08/05/2023	577,50

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

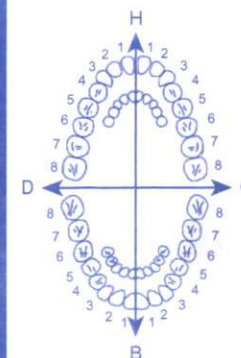
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

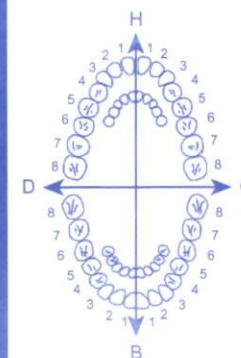
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ambulance • Ambulance Bloc Mobile de Réanimation • Transport par Coureur •
- Evacuation Sanitaire par Avion
- Service Médical Pompe Funèbre Musulman • Médecin et Infirmier à Domicile •
- Médicalisation d'Evénements • Vente et location de Matériel

ORDONNANCE

Fait à : Casablanca / Le 08. 05. 2023

DOUCHANE AÏCHA

149,00 1/ Clamulin 1yr sachet

1sx2/1 - 08 jours

83,00 2/ Doliprène 500mg

1cax3/1 - 07 jours

40,00 3/ Cotipred 20mg

3x/1 matin - 05 jours

226,00 4/ ESAC 400mg

1gch/1 soir - 10 jours

577,50 5/ Carbamazepine 200mg

SERVICE 24/24H ET 7J/7

ANGLE BD ABDELMOUMEN ET SOUMAYA RES SHEHRAZADES, 5EME ETAGE N°22
CASABLANCA-MAROC TEL : 0522272739/0668703681 E.

MAIL : Najd.assistance@hotmail.com

PATENTE : 34773677 - RC : 330517 - IF : 15266886 - ICE : 000130714000067



PHARMACIEN
S. CHALAI
55, Av. Oued S.
Tél / Fax : 05 22 27 27 39
ICE : 00130714000067

Dr. ALI M. MAROUANE
Médecin des Urgences

LOT: 220870
PER: 11/2025
PPC: 79,500H

DocuVox[®] Spray gorge
A base d'actifs naturels
Calme l'irritation
la gorge
83.00

LOT: 2260H00
PER: 03/26
PPV: 40DH00

LOT: M719
PER: 03/26
PPV: 40DH00

LOT: 649764
PER: 06/24
PPV: 149.00 DH

22600