

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 d'El Jadida
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0693

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 000-219- Société : B.A.M ABM 161584

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MEGOUAR AZIZA

Date de naissance : 21/01/1973

Adresse : 31 lot. 10966

Tél. : 06 44 40 5273 Total des frais engagés : _____ Dhs

Docteur Mostafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE

Cadre réservé au Médecin

27, Rue Ilya Abou Madi (Bd B. Roudani)
Casablanca - Tél: 0522 29 82 28

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/MAI/2022

Nom et prénom du malade : MEGOUAR Aziza Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection urinaire + Atteinte

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) : _____

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08 MAI 2021	C ₂	C ₂	#350,- Docolet	MEDECIN Dr. A. BACCI 7, Rue Casablanca Tél: 0522 29 82 22 INP: 091166298

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
PHARMACIE L'EXTENSION 24 Rue 8 Tissasta Extension - CASABLANCA Tél: 05 22 93 48 40	10/12/23					312.-70.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

données
e l'Horloge

TICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ALISÉ

الدكتور مصطفى
الطب الإكلينيكي
خريج جامعة ببا
كلية الطب سانت كاترين

LOT:220870
PER:11\2025
PPC:79.50DH

Carboxane

Boîte de 30 comprimés

UT. AV.: 11.25 P.P.V
LOT N°: 6 T 6615 80 00

80,-
09366163/2

ales - Grands syndrômes - Maladies ostéo-a

LOT 28018 PER 02/2026
PPV 21.00 DH

Casablanca le, 0.8

P.P.V
LOT
EXP

Yame Megouar Djiga

37.70 Depo Medrol
1 gm

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue 8 Lissasfa
Extension - CASABLANCA
Tél: 05 22 93 48 43

37.00 Acetamin 1-0-~~\$~~ x 10 jars

28.80 Vitanenil fito
1 - 1 - ~~1~~ x 2 jyr

11.00 Librax 1 cap lo ssin ~~s~~ anal reper.

80% Debridat los 1 cp avant chaque repas

~~Fyto~~
Carboxane Digest
1 prise le soir après le repas

Plaquinil 200 R

1 — o — o x 03 mois

28.70 Effutil gouttes

S.V.

X — o — X

31/2.70

Moustafa BENMIMOUN
MEDECINE INTERNE
Rue 24 Abou Maktoub B. Roudani
Casablanca Tél. 0522 22 28
091156298

PHARMACIE L'EXTENSION
24 Rue Sidi Issa
Extension CASABLANCA
Tél: 05 22 53 48 40