

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- 0058642

MUPRAS
RECEPTION Optique

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAHNAOUI ABDELKHA
 Date de naissance : 22-06-1955
 Adresse : 401 Gt Wafa DEROUA
 Tél. : 0663014804 Total des frais engagés : 475,49 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/05/2023
 Nom et prénom du malade : SAHNAOUI Yousef Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Dermatologie
 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 : DEROUA Le : 06/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : AA-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
04/05/2023	CS			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div> <div>PHARMACIE EL OUMMOUMA</div> <div>244 Lotissement el wafaa</div> <div>De oua</div> <div>Fix : 05.22.53.20.54</div> </div>	31-05-23	675,49

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 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 <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> <div>G</div> </div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

u) 3^uif
Sifinovelie lotion.

2x1 per
2x1 15

Aqu. Corp

1)
5) Exomogor Raine Emulenk x
2x1 15

UFS 1

PHARMACIE EL QUINQUA
244 llotissement el wafaa
Deroua
Fix : 05.22.53.20.54

30g

LOT : 2139
PER : 02-26
P.V : 34 DH 70



ORDONNANCE

Bouskoura, le : 31/05/2023 SAMMAOUT
Youssef

PHARMACIE EL OUMOUA
244 boulevard el wafaa
Deroua
Fix : 05:22:53:20:54

- 1) 6680
Flammazine pomade
clap / 15. laissez 4H
puis laver.
- 2) vichy Shampoing Antipelluculaire.
cheruo
rec
ou Shampoing K.
- 3) 179123
DS un onze lotion.
clap / 2
puis 2x / 1em

A-DERMA

AVOINE RHEALBA®



NEW



**sterile
COSMETICS®**



EXOMEGA CONTROL

PELLI SECCHIE A TENDENZA ATOPICA
TROCKENE ZU NEURODERMITIS
NEIGENDE HAUT

Balsamo emolliente
ANTI-GRATTAGE

Controlla le sensazioni di fastidio cutaneo
Neonati, bambini, adulti

rensiv-Balsam

REDUZIERT KRATZVERLANGEN

beruhigt Hautirritationen
Neugeborene, Kinder, Erwachsene

200 ml e

Made in France



3 282770 074697



ACL 6003719
CN 163780.2
PZN 12564311



All our products are systematically tried and tested
by doctors and pharmacists and each production
batch is subjected to rigorous tests.



URIAGE

E · A · U · T · H · E · R · M · A · L · E

DS HAIR

LOTION ANTIPELLICULAIRE RÉGULATRICE

Élimine les squames

Purifie

Apaise les démangeaisons

REGULATING ANTI-DANDRUFF LOTION

Eliminates scales

Purifies

Soothes itching

CHEVEUX/ HAIR

CLIPOTÉ/ IRRITATED SCALP
ES OU SQUAMEUX
Y CONDITIONS

FREE
RANCE-FREE

100ml e

3.4 fl.oz.