

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 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-712550

173293



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5855 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHOUAIKILI ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse : Casablanca - Algiers - Algérie

Tél. : 06 61 60 70 66

Total des frais engagés : 335 + 300 = 635 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr EL Mostafa NOUDALI
11, Avenue de Tan-Tan RDC
Bourguiba Casablanca
Gsm : 0672 20 23 57

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : KHIDER Fatima Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) : S.S. 6/11

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D		00000000	B		35533411	G			11433553			<input type="text"/>
	H	25533412	21433552																			
	00000000		00000000																			
	D		00000000																			
	B		35533411																			
	G																					
	11433553																					
	[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"/>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

m
e

Dr. EL Mostafa N

Omnipraticien/Imm
Médecine régénératrice
Douleurs - Cicatrices

Faculté de Médecine de N
Etat Unis

PHARMACIE NARJIS
131 Bd. Yacoub El Mansour
Tél: 05 22 25 00 74 / 05 22 00 20 86

KHADAK

FATIMA



Omega-3 148/142ml
(Poisson)

Selenia Plus a gout.
Matin + Soir.

Curagyl vit-D 25 gouttes matin
et soir.

D-cure 25,000 unité

a 3 mois/sem

PHARMACIE NARJIS
131 Bd. Yacoub El Mansour
Tél: 05 22 25 00 74 / 05 22 00 20 86

99,90

335,00



148/
a 2ml/s

PPV: 56,30 DH
LOT: 23B01D
EXP: 02/2025

LOT: CA199
EXP: 01/2026
PPC: 99,90 DH

Pi
UNI
IC
Imm.

NPE: 9204481

11, Av, Tan Tan - Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 39 98 07

www.dr-noudali.com

carogyt DC



8 051128 635522

Lot :
A consommer de
préférence avant le :

230053

01/2026

PPC : 89,50 DH