

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
M23-002815

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 21008 Société : 174102
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUABDELLAH CHRIFA
 Date de naissance : 3/9/49
 Adresse : 24, Rue Mohammed VI, Gueliz
 Tél : 0666190549 Total des frais engagés : 200 + 140 + 990 = 1330 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/06/2023
 Nom et prénom du malade : BOUABDELLAH CHRIFA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : BRONCHITE
 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 : Gueliz Le : 26/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

INP : 081097826

ICE : 001634501000078

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
26.06.23	1Cse	1	200 dh	Dr CHIBANI Mostafa PNEUMOLOGUE 2, Rue Al Qods - OUJDA Tél. 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 58 59

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2023	149,00
	26/06/2023	99,70
		239,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

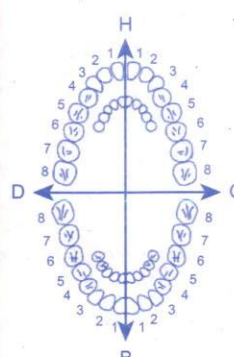
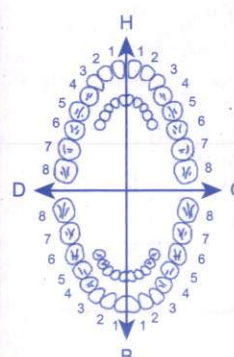
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

LOT: GB21161
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

Bien agiter avant chaque utilisation

Sous or
Tableau C

LOT: 14523008
PER: 03/2028
PPV: 99,70 DH

dies
toire
Allergie



الدكتور مصطفى الشيباني

(بن ابراهيم)

اختصاصي

في أمراض الجهاز التنفسي
الضيق - السيل - الحساسية

26-06-2023

وجدة، في

BOUABDELLAH CHRIFA

89,70

① LABIXTENE 20 mg
1p le soir x 1 semaine

② AVAMYS nasal
1 pulv 2 fois 1 semaine

140,00

③ SAFW 125 mg
2 bouffée 2 fois 2 semaines

239,70

05 36 68 94 30
06 60 74 58 59
05 36 68 94 30
06 60 74 58 59

(S.V)

صيدلية صولاي (الدار البيضاء)
7، شارع الحسن الثاني - وجدة
0536 68 43 99 / 0536 70 27 51

الدكتور الشيباني مصطفى
Dr CHIBANI Mostafa
PNEUMOLOGUE
2, Rue El Qods - OUJDA
Tél. 05 36 68 94 30 GSM 06 60 74 58 59

2، زنقة القدس (مقابل المستعجلات مستشفى الفارابي) وجدة - الهاتف: 05 36 68 94 30 - النقال: 06 60 74 58 59
2, Rue El Qods (en face des Urgences de l'Hôpital Al Farabi) OUJDA - Tél.: 05 36 68 94 30 - GSM: 06 60 74 58 59