

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

N° M21- 042823

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2188 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DYAE EL MOSTAFA
 Date de naissance : 02/01/46
 Adresse : HABITUELLE
 Tél. : 0666965745 Total des frais engagés : 552,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/07/23
 Nom et prénom du malade : COUP DU SOLEIL Age : 77
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : COUP DU SOLEIL (fièvre)
 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 : CASA Le : 14/07/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/23	345,00
	28/07/23	207,00
		<u>552,00</u>

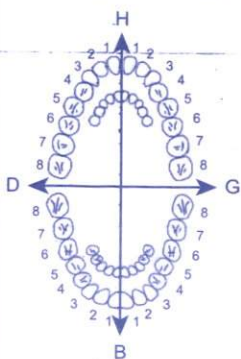
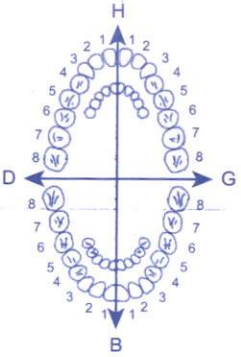
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية
وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية
مندوبية عمالة مقاطعات
الغدا، مرس السلطان
الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le

[Handwritten signature]



ORDONNANCE

[Handwritten signature]

151,00



[Handwritten text]

30,00

[Handwritten text]

[Handwritten text]

[Handwritten text]

69,00

[Handwritten text]

[Handwritten text]

[Handwritten text]

95,00

[Handwritten text]

[Handwritten text]

[Handwritten text]

= 345,00

PPV: 151DH00
PER: 05-26
LOT: M1657

NO - DOL PEN 40000
CP PELL 830
P.P.V: 30DH00
LOT: 22E009
PER: 09 2025
6 118000 061878

LOT: 230080
DDUC: 01/2026
69,00DH

LOT 023000/2/FC66
03/2025 PPC 95,00

Dr. SAADI Meriehi
Médecin Généraliste
Hôpital Mohamed Baouafi Casa
INP 256990

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Délégation préfectorale des arrondissements

EL FIDA MERS SULTAN

Casablanca



المملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

مندوبية عمالة مقاطعات

الغدا، مرس السلطان

الدار البيضاء

CHP MOHAMED BAOUAFI

Casablanca le

28/07/2013

(Handwritten signature)

ORDONNANCE

69,00 x 3

(SV)

(Handwritten text: D'arriver à)

T = 207,00



(Handwritten signature)
DR. SAÏDI MERS
Médecin Généraliste
Hôpital Mohamed Baouafi Vasa
INPE: 091256990