

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° W19-440705

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12291 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukdour AMINE

Date de naissance : 10-03-1981

Adresse : RAM Siege

Tél. : 0672667586 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Ali Boukdour

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Remunérise

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 : 08/09/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
08/09/2023	C3		200	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KHELOUS SARL AU AZIZ DAHLOU Docteur en Pharmacie Rue Ibnou Yaala Hariri Matini - Casa Tél: 0522 94 97 20 - Fax: 0522 95 05 21	08/09/2023	806,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []										
				MONTANTS DES SOINS []										
				DEBUT D'EXECUTION []										
				FIN D'EXECUTION []										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []										
				DATE DU DEVIS []										
				DATE DE L'EXECUTION []										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste

- Maladies de la peau et cuir chevelu
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Médecine Esthétique - Cosmétologie



الدكتورة وادفل مهجة

Docteur Ouadfel Mohja

DERMATOLOGUE VENEROLOGUE

إختصاصية في

- امراض الجلد و الشعر
- الامراض التناسلية
- الطب التجميلي

INPE : 0920386649
Pharmacie KNEOPS SARL AU
Aziz LAHLOU
Docteur en Pharmacie
9, Rue Ibnou Yassia - Marrakech - Casa
Tél.: 0522 91 91 20 - Fax: 0522 91 91 20

Ali Boukhouz

Casablanca, le

08 SEPT 2023

1) Huile lavante Kemoze

Usage (Toilette usage
corp)

2) Baume spray APOARON

Application en po

sur tout le corps

3) Désinfecter avec Hexonoline
translucide

sur rendez-vous
1, rue Abou Adil Hallaf
(ex rue Edmond Rostand)
Quartier Gautier - Casa

Tél.: (0522) 20 91 17 / 27 17 68 / 27 83 57

إكزوميدين
عابر للجلد
إكزاميدين

14,00



قارورة 60 مل

4) Fucine Cines 2%

39,70

l'appel soir (Doulos

163, -

usage

Crimetol Bariederm

1 Jour

Nyctes Komo

x

1 Jour

2 mois

فوسيدين 2%
أنبوب من 15 غ
كريم

39,70

PUIG - London WC1B 5EH



DR. O. LAHLOU
Dermatologue - Neurologue
Ex. 0622 91 57 20 - Fax. 0622 91 57 20

Pharmacie KHEOPS SARL AU
Aziza LAHLOU
Dermatologue - Neurologue
9, Rue Rendi Yalla (trans. Maâni) - Casa
Tél. 0622 91 57 20 - Fax. 0622 91 57 20

INPE : 092036649

806,20