

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.



Declaration de Maladie

N° W21-810289

1-75992

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7457 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHERKAOUT SAMIRA

Date de naissance : 07-01-1969

Adresse : RAM - 2435

Tél. : 0661413589 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico Faciale
Lot Firdaus GH 25 A Appt 1
30 Bd. Oum Rabii Oulfa - CASA
05 22 90 68 94

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 09/2023

Nom et prénom du malade : CHERKAOUT SAMIRA Age: 56 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Infection ORL

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 : 11/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05.09.2023 | | | 259DH | <p>INF: 0081933928</p> <p>Spécialiste O.R.L</p> <p>Chirurgien Cervico-Faciale</p> <p>Lot Firdjia G125 A Apt. 1</p> <p>30, Bd. Oum Belkoul / CASA</p> <p>05 22 90 68 84</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/09/23

298,40

PHARMACIE ARAUCARIA

Hicham TALI Pharmacien

42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L

Casablanca - Tél.: 05 22 36 13 05

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

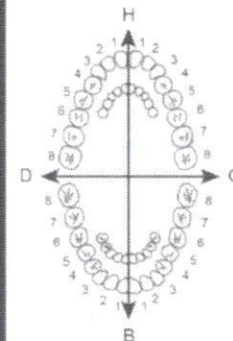
INP :

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

B

[Création, remont, adjonction]

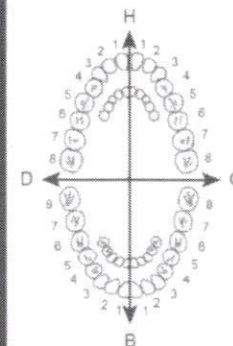
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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

9

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

4/09/2023

الدار البيضاء في

Dr. Amine SAIDI
Specialiste O.R.L
Télé. Service Faciale
GH 25 A Appt. 1
Rabii Oufia - CASA
05 22 90 68 94

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TAL Pharmacien
42, Rue d'Irfane Hay Salam C.I.1
Casablanca - Tel.: 05 22 36 13 05

87.70

Unit 1 / 1010



9/02

19,40

~~Antitoxin - Syngalor~~



III A + 2100

25.0



25,00

Dr. Amine SAIDI
Spécialiste O.R.L.

30, Bd. Oum Rbii - Lot. Firdaous GH25

ASABLANCA - Tél. : 05.22.90.68.94



PPU: 126,30 DH
LOT: 651840
PER: 03/25



126,30

- Augmentin 1g

~~Aspirin~~

ANTIBIO SYNALAR

19,40

40,00

- Effipred 20mg

3g 6 Mtn 04,

298,40

PHARMACIE ARAUCARIA
Hicham TAJ Pharmacien
42, Rue d'Iffrane Hay Salam C.I.L.
Casablanca - Tel.: 05 22 36 13 05

EFFIPRED® 20 mg

PPU 40DH00
EXP 01/2026
LOT 2N015 12