

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 canalaires, 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 canalaires.

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

M22- 0051141

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5131 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAROUÏ Noreddine / 175924
 Date de naissance :
 Adresse : IDAM
 Tél. : 0661219473 Total des frais engagés : 200 + 235,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/07/2023
 Nom et prénom du malade : LAROUÏ NAJAT Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Colopelvie
 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 : CAH Le : 03/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
03.07			200	
10.03				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

317123

235.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

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 :

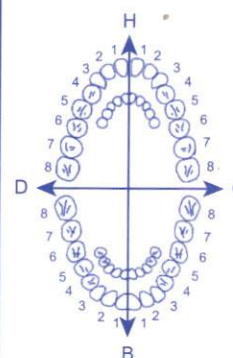
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

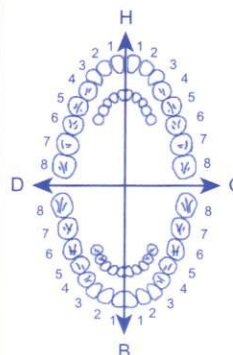
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

Dr. Khadija BELKEBIR
MEDECINE GENERALE

Lot. EL Alia - Rue 27 N° 94
Bd. Oued Tansift - EL Oulfa
☎ : 05 22 90 48 76 - CASABLANCA

الدكتورة خديجة بلكبير
الطب العام

تجزئة العالية - الزنقة 27 الرقم 94
شارع وادي تانسيفت - الألفه
الهاتف : 05 22 90 48 76 - الدار البيضاء

Casablanca, le 23.07.23 في الدار البيضاء،

N° D'AMM: 736/16DMP/21/NRG
LOT: 22120 PER: 09/2027
PPV: 48,50 DH

LA NOUVEAU NATAJAT

48,60 x Tisinal 500 (x4)

2) 57,70 BeDelix Sachets 30 x 250g
LOT: 22E013 PER: 01/2027
BEDELIX 3G SACHETS B30
P.P.V.: 57DH70
118000 010234

3) 28,80 spanfon 31 x 31
4) 28,80 vitanevit 31 x 31
LOT: 22E013 PER: 01/2027
PPV 28,80
LOT
PER

Dr. Khadija BELKEBIR
Medicine Generale
Rue 27 N° 94 EL Alia
Casablanca
05 22 90 48 76

5) 2 u l a s a r a e t s

2000x2 / 5 x 3 / 0

6) No - dot

23,80 x 3 / 1

7) 2 < n a s l a

40,30

ZUCAM

239,40

LOT: Z2E003
PER: 11/2024

NO - DOL FEN 200MG
CP PEL 830

P.P.V.: 23DH50



PPV 40DH90

EXP 06/2025
LOT 10058 65

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH): 20,00

LOT N°:

UT. AV:

P.P.V. (DH): 20,00

PHARMACIE My YOUSSEF
Salma CHERIF D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
asablanca - Tél: 05 22 22 27 25

INPE: 09204335