

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

- Reclamation : 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- 0051206

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1291 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FADOUA EL LADFA
Date de naissance :
Adresse : 185620
Tél. : 0661 14 11 61 Total des frais engagés : 300 + 131.3 Dhs

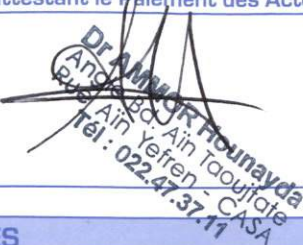
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr AMMOR Hounayda
Angle Bd. Ain Taoujate
Rue Ain Yefren - CASA
Tél : 022.47.37.11
Date de consultation : 07/09/2023
Nom et prénom du malade : SERRAT ANA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : ORL
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 : CASABLANCA Le : 07/09/23
Signature de l'adhérent(e) :

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
7.09.23	C	01	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07.09.23

431,30

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
A M P C I M I V

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 :

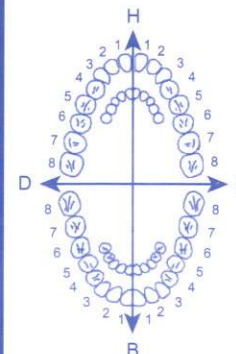
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

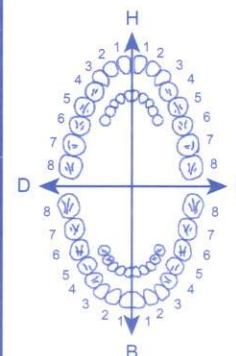
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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 Hounayda AMMOR

Médecin généraliste

diplômée de l'Université de Limoges

Ancienne interne des hôpitaux de France

Acupuncture - acupression

diplôme national de médecine Traditionnelle chinoise

(confédération française)

Thérapies psycho corporelles

الدكتورة هنيذة عمور

الطب العام

خريجة كلية ليموج

الوخز بالإبر

و الضغط الإبري

المعالجة النفسية البدنية



Le 23.09.23
Mlle Seraj Rania

138,30

1°) Augmentin 500
1 q x 3 j



150,30

2°) Flixotide 250
1 buffée x 2 j



271,30

US 1,30

Oscillococcinum



[Handwritten signature]

Dr AMMOR Hounayda
Angle Bd. Ain Taoujtate
Rue Ain Yefren - CASA
Tél : 022.47.37.11

PHARMACIE LAHJAJMA
Nadia ZEMMAMA
Avenue - Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États grippaux

oscillococcinum®

6 doses



BOIRON®



CIP: 3400932611007

LOT: 3E0364

EXP: 06/2023

6

BOTTU SA
PPV : 71 DH 50

États grippaux



oscilloccinum®

6 doses



BOIRON®

Flixotide® 250

Fabriqué par :
Glaxo Wellcome Production,
27000 Evreux - France



Respecter les
doses prescrites

Uniquement sur
ordonnance - Liste I

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 150,00 DH
ID: 651273
6 118001 140336

ACIDE CLAVULANIQUE

AUGMENTIN 500_{mg}/62,50_{mg} Comprimé

1 prise = 1g = 2 comprimés à 500mg/62,50mg
= le contenu d'1 alvéole

Les 2 comprimés d'Augmentin 500mg doivent
être avalés de préférence au début des repas.

جرعة واحدة = ١ غ = قرصين = محتوى فقاعة واحدة
من الأفضل بلع القرصان في بداية الطعام

PPV: 138,30 DH
LOT: 651020
PER: 10/24

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Liste I. Uniquement sur ordonnance