

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-012207

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4835 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAID BRIBER
 Date de naissance : 03.03.1957
 Adresse : DERB. EL MANTRA Rm 71 N° 43
 DESD ZINEBE
 Tél. : 06 66 18 87 48 Total des frais engagés : 20,55 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Fatima Zahra ARROUB
 Médecin Commandant
 Infirmerie de Garnison
 de Casablanca
 INPE: 091229179

Date de consultation : 07 / 11 / 2023
 Nom et prénom du malade : ZERRAD Saadia Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome anxio-dépressif
 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 : Le :
 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
07/11/2023	C		Dr. Fatima Zahra ARROUB Médecin Commandant Infirmerie de Garnison de Casablanca INPE: 091229179	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Parc Docteur Yves Chuop Place du Président Kennedy 92170 Nanterre Fix 01 41 90 77 70 / Mob : 07 81 82 99 33	Le 25/11/2023	Vingt euros et cinquante cinq centimes (20,55 €) (6 boîtes de dogmatil 5mg)

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				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 prothèse



Lot M0872
EXP 05/2025
SN A41P39W3493N6Y

SN A41E92226P1DVO
EXP 05/2025
Lot M0872



Lot M0872
EXP 05/2025
SN A415VT3V2AXV65

SN A41M7M7NE8YGVNS
EXP 05/2025
Lot M0872



Lot M0872
EXP 05/2025
SN A4103PVPF85802

SN A41DVX233MP004
EXP 05/2025
Lot M0872



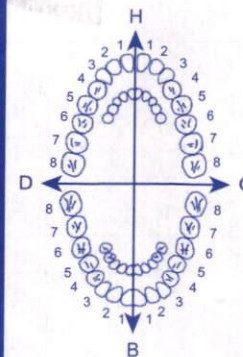
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

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

Casablanca, le 07/11/2023

Dr. Fatima Zahra ARROUB
Médecin Commandant
Infirmerie de Garnison
de Casablanca
INPE: 091229179

ZERAD Saadia

Sulpiride 50 mg

1 - 0 - 1

prdt 03 mois

6 boîtes

25/11/2023

Pharmacie du Parc

Docteur Yves Chuop

Place du Président Kennedy
92170 Vanves

Fixe : 01 41 90 77 70 / Mob : 07 81 82 99 33

Dr. Fatima Zahra ARROUB
Médecin Commandant
Infirmerie de Garnison
de Casablanca
INPE: 091229179



PHARMACIE DU PARC
M CHUOP Yves
1 Place du Président Kennedy
92170 VANVES
France

Page 1/1

BRIBER
Me 4835

N° SIREN : 452151210
N° TVA Intracommunautaire : FR10452151210
Code NAF : 4773Z

N° Téléphone : 01 41 90 77 70

ZERRAD Saadia

1 place President Kennedy
92170 VANVES
France

Caisse : 01 Opérateur n° 11
Client : ZERRAD Saadia

Facture n° 151150 du 25/11/2023 - Rente n° 123111500050 - FSE n° 167589

Code	Désignation	Qté	P.U.HT	Net HT (arrondi)	Taux TVA	Net TTC
34009 3032897 2	DOGMATIL 50MG GELULE 30	6	2,272	13,63	2,10	13,92
	HONORAIRE DE DISPENSATION	6	0,999	5,99	2,10	6,12
HDR	HONORAIRE MEDICAMENT REMBOURSABLE	1	0,500	0,50	2,10	0,51

Quantité Produit : 6

Banque: H.S.B.C

IBAN: FR76 3005 6006 8806 8875 2813 440

Taux de TVA	Net HT	Montant TVA	Montant TTC
2,10	20,13	0,42	20,55
Totaux	20,13	0,42	20,55

Part principale		Part assuré	20,55
Part complémentaire			

Net à payer	20,55
-------------	--------------

Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est autorisé

Régulée en CARTE BANCAIRE, date d'échéance : 25/11/2023

Indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement en cas de paiement à une date ultérieure à celle figurant sur la facture : 40% si les frais de recouvrement sont supérieurs à ce montant, une indemnisation complémentaire sera due, sur présentation des justificatifs.