

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

N° M20- 0005468

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242 Société : RAM 188879
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL AJI Chadia
 Date de naissance : 6/4/58
 Adresse : Rue 76 n° 35 groupe Poulfa Casa
 Tél. : 06 66 339 277 Total des frais engagés : 1251,40 Dhs

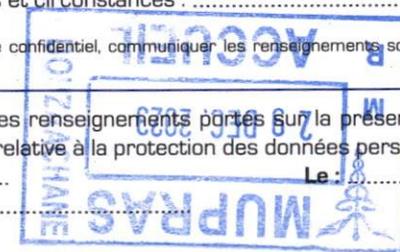
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 05/12/2023
 Nom et prénom du malade : EL AJI CHADIA Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : HTA
 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° : AA-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
05/12/23	cat ECC		200,00 100,00	Mehdi BEN-EL-ALOU CARDIOLOGUE Rue 2 N°61 - 1er Etage BP. Ghazala - El Oulfa Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU NIL Bd. Ouhab S. Rabii	05/12/23	901,10
PHARMACIE DU NIL Bd. Ouhab S. Rabii	11/12/23	50,30

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				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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Montants des Soins <input type="text"/>														
		Date du Devis <input type="text"/>														
		Date de l'Execution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV : 55,00 DH
LOT : 650869
PER : 11 / 24

111,00

25 X 6 cecl

Titulaire de l'AMM au Maroc : POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot d'Inville
CASABLANCA-MAROC
FUCIDINE® 250 mg
Comprimé pelliculé
Boîte de 10 comprimés



8 18001 200511

PPV : 134 DH 50

Paracétamol

Douleurs et fièvre

Adulte

LOT : 3985
PER : 10-25
P.P.V : 10 DH 60

NO - SPA FORTE 80MG
CP B20

P.P.V : 45 DH 00



6 112000 061816

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي
إختصاصي في
و الشرايين

Casablanca, le : 05/12/2023

ELAJI Chadia

BI PRETERAX 5/1.25

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

NO-SPA FORTE 80

1 comprimé, 3 fois par jour

AMOXIL 1G

1 comprimé, 3 fois par jour

FUCIDINE 250

2 comprimés matin et soir

111,10 x 6 = 666,60

42,50

55,50

134,50

901,10

PHARMACIE DU NIL
451, Bd. Oum-Bouli
Casablanca

دكتور مهدي بنجلون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP Chahdia - El Oulfa
Tel.: 05 22 91 07 62 - 06 64 72 24 14
INPE: 91170670