

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 médicalisée 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 une fois par an.

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



188619

Déclaration de Maladie

M23- N° 0034766

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADIL Fatima

Date de naissance : 1955

Adresse : 0667132430

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HNINI Saâd
Gynécologie Obstétrique
45, Av Med 5 Imm Al Moustakbal N°9
Béni Mellal
Tél : 05 23 489 421

Dr. HNINI Saâd
Gynécologie - Obstétrique
121214803

Date de consultation : 15/12/2023

Nom et prénom du malade : Fadil Fatima Age:

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

Nature de la maladie : lombalgie + ostéoporose

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.

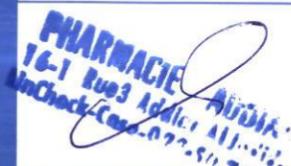
Fait à : Le :

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
11/12/23	CS		6	

Dr. HNINI JAS
Gynécologie - Obstétrique
121214803

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE AUDIN 16-1 Rue 3 Adèle 41100 AnChick-Care-077.511.75</p>	15/12/2023	808,90

PHARMACIE AUBIA
16-1 Rue 3 Adde. All. 100
InChok-Cas. 077.80.75

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

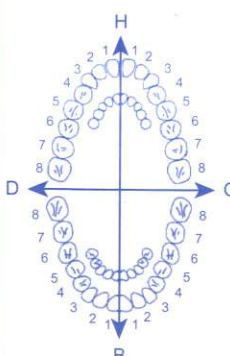
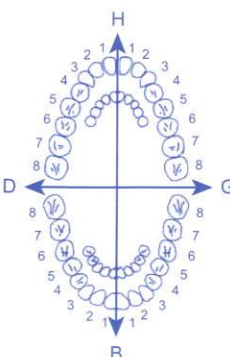
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 25533412 00000000 </td> <td style="padding: 5px;"> 21433552 00000000 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> D </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> 00000000 35533411 </td> <td style="padding: 5px;"> 00000000 11433553 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> B </td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 35533411	00000000 11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

S.V.

Docteur HNINI Saâd
Gynécologie Obstétrique
45, Av. Méd. A. Imm. Al Moustakbal N°9,
Béni Mellal
Tél : 05 23 489 421

le 15/12/2023

Mr/Mme Fadil

Fatiha

PHARMACIE ADDIAR
14-1 Rue 3 Août 1911 Adida
Alloch-Casa 022-51.75.19

Profenidome

1 cp x 21j

33,90 x 3

Levalthyrox 100

1 cp 1j

24,40 x 3

Paracetamol 40mg

1 cp x 31j

41,30 x 3

Augmentin 1g

1 cp x 31j (57 jours)

126,30

Extramag

1 cp 1j

85,00

Bonfix

1 cp / mois

99,40 x 2

808,90

Cachet du médecin

Docteur HNINI Saâd
Gynécologie Obstétrique
45, Av. Méd. A. Imm. Al Moustakbal N°9,
Béni Mellal
Tél : 05 23 489 421

tanakan 40 mg ☒
30 COMPRIMÉS ENROBÉS

tanakan 40 mg ☒
COMPRIMÉS ENROBÉS

tanakan 40 mg ☒
30 COMPRIMÉS ENROBÉS

AUGMENTIN 1 g/125 mg ☐
12 sachets

PPV: 24,40 DH
LOT: 03/2025
PER: 09/2025

71,30

33,90

71,30

71,30

Profenid® 50 mg ☐
24 Gélules

33,90

Profenid® 50 mg ☐
24 Gélules

Profenid® 50 mg ☐
24 Gélules

33,90

Lot N° : 0300774
Fab : 12/2022
Per : 12/2025
PPV(Dhs) : 99,40

Lot N° : 0205282
Fab : 09/2022
Per : 09/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Bonfix® 150 mg
Acide Ibuprofène
1 comprimé pelliculé

Lot N° : 1502722
Fab : 12/2022
Per : 12/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Bonfix® 150 mg
Acide Ibuprofène
1 comprimé pelliculé

Lot N° : 118001272051
Fab : 12/2022
Per : 12/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

03/2025
09/2025
0222141

W02 - 01/21
ETEXMAC30CP

3 760162 579741

Respecter les doses prescrites
Liste II - Uniquement sur ordonnance

A JEUN

Lot N° : 0300774
Fab : 12/2022
Per : 12/2025
PPV (Dhs) : 99,40

Bonfix® 150 mg
Acide Ibuprofène
1 comprimé pelliculé

عن طريق الفم

6 118001102020
Levothyrox® 100 µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001102020
Levothyrox® 100 µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

6 118001102020
Levothyrox® 100 µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

عن طريق الفم