

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 canalaire, 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 canalaire.

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 : № P19-0017211

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4800 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEL AÏACHIA MAR Date de naissance : 1958

Adresse : Lot 194 EL WAHJA IT DEROLIA

Tél. : 0665459182 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30 DEC 2023

Nom et prénom du malade : Smaïlia Lamai Age : 1967

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite urt / atopie fumée

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 : DEROUA Le : 02/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
30-DEC-2023	CS	150 D.F.	150 D.F.	Dr. S. Médecin Général INPE: 061240933

EXECUTION DES ORDONNANCES

Réception du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Bloc U.N.S au 05 22 53 20 83</i>	20/12/2023	150,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>INPE</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch with numbered teeth from 1 to 8 in each quadrant. A horizontal arrow at the bottom indicates the direction of the arch. The letters H, G, D				

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور إسماعيل المalki

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

DEROUA, le 30 DEC. 2023

Dr. Smail MALKI
SAADIA Lomry
Chabab 1 N° 102 - Deroua
05 22 03 43 28 / 06 07 58 58

6000 ₣ 
 $\frac{1}{15 \times 3}$

14,60 ₣ 
Saliprom 100
 $\frac{1}{1 \times 3}$

15,30 ₣ 
Vit-C 100
 $\frac{1}{1 \times 2}$

40,90 ₣ 
Amoptac 20
 $\frac{1}{3-0}$

61,00 ₣ 
libra 5
 $\frac{1}{1 \text{mt}}$

9900 ₣ 
Re Sodium 375
 $\frac{1}{1 \text{mt}}$

Pharmacie PRIMALE D' DEROUA
Bloc UN N° 2083
Tél: 05 22 03 43 28
Deroua

Deroua
D' PHARMA
pharmacie PRIMALE D' DEROUA
Bloc UN N° 2083
Tél: 06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1,N°102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



6 118000 280019

DT 23210 PER 10/2026
PPV : 21,00 DH

LOT : 230430
DLUO : 05/2026
99,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique

AZ® 500 mg
Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV : 60,00 DH

6 118000 190097

PPV 14 DH 6 0
PER 02 / 28
LOT M 6 3 6

Doliprane® 1000 mg
Paracétamol

8 comprimés effervescent sécables



6 118000 040361

Vita C 1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2026
LOT 340317

Vita C 1000®

10 Comprimés effervescents



Anapred 20 mg

20 Comprimés

Deva Pharmaceutique



6 118000 410010

LOT : M1087
PER : 07/2025
PPV : 40,90DH