

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-657328

196661

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5842 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL OUASSINI HABIB
 Date de naissance : 26/08/67
 Adresse : Hay Chirfa Rue 1 A189
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 21/02/24
 Nom et prénom du malade : EL OUASSINI HABIB Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Troubles anxiété dépressif
 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
21/02/24	S		400,00	INP : 081047122

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/2/24	108,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

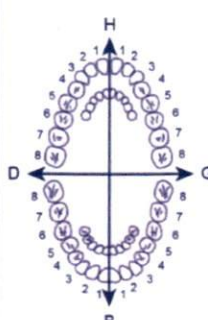
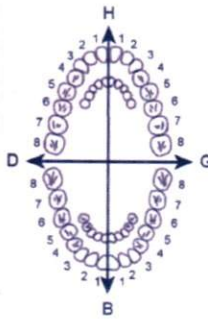
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr Driss El Amraoui

Psychiatre

Ancien Assistant Spécialiste
des Hôpitaux de France (Paris)
Tél.: 05 22 30 66 62

الدكتور إدريس العمرأوي

إختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية
طبيب إختصاصي مساعد سابقاً بمستشفيات
فرنسا (باريس)
الهاتف : 05 22 30 66 62

Casablanca, le 21/02/2024, الدار البيضاء, في

66,50x9
83,70x2
71,20x

Habiba EL OUAHIA

Deixah do

14 - 0

Aurel 6mg

22,00x2

Rhumex

32,60x1

1 sachet x 3/j x 10j.

Muxol. sirop

85,00x1

1 ca's x 3/j x 10j

Supradine

45,90x1

1 cp 1j x 1 mois

Tambolium

52,60x1

1 sachet x 2/j x 15

Staltan sup

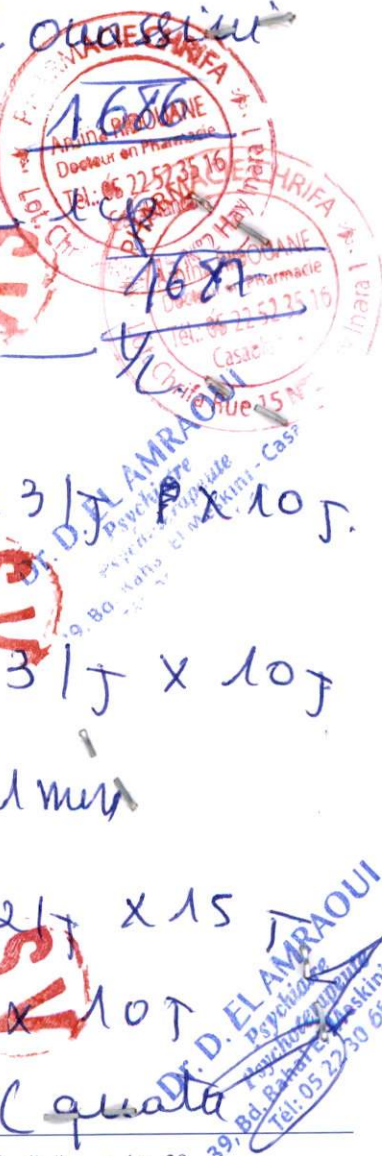
1 sup 1j x 10j

Traitement pour:

04 mois (quatre)

1380,90

39, Bd. Rahal El Meskini - الطابق 4, شقة 8 (مصعد) - الدار البيضاء أنفا
39, Bd. Rahal El Meskini, Apt N° 8 - 4^{ème} étage (Ascenseur) - Casa - Anfa



ANXIOL® 6 mg ○
30 comprimés quadrisécables

6 118000 081111

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 71,10 DH

ID: 65284 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 71,10 DH

ID: 65284 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 71,10 DH

ID: 65285 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 651750 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH

ID: 651750 6 118001 140237

UT. AV. :
LOT N° :
PPV (DH) :
PPV: 32,60 DH
COOPER PHARMA

idissements.

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



Voltarène® 100 mg ○
10 suppositoires



idissements.

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



LOT: M0628
EXP. FIN: 2019
PPV: 52,80 DH



LOT: M0628
EXP. FIN: 2019
PPV: 52,80 DH

LOT : 9920
UT. AV. : 04-23
P.P.V. : 45 DH 90

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV:66,50 DH
6 118001 140237