

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0027935

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AAY OUCH ABDELAZIZ
 Date de naissance : 25-04-1963
 Adresse : RUE 282 N° 20 HAY MUY ABDELAH AIN CHOCK CASABLANCA
 Tél. : 06 20 25 06 92 Total des frais engagés : 250,00 + 680,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/02/24
 Nom et prénom du malade : Mellouk Archy Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 80001008
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 80001008
 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 : CASABLANCA Le : 20/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
2010/04/04	C	C	27000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'ESPÉANCE N° 22 Rue de May Omer Bui Khac Cochin - Tél : 03 22 61 52 11	2010/04/04	680,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

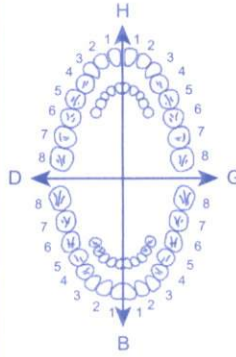
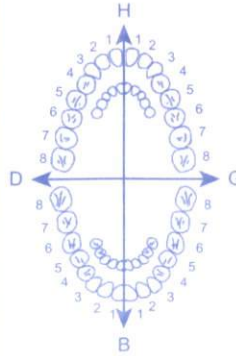
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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															
																		
CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Ostéo-articulaires
Osteoporose - Colonne vertébrale
Faculté de Médecine de Rabat

- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire
à la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies
Systémiques de la faculté de médecine
de Montpellier - France
- Ex-Médecin à l'hôpital El Ayachi Ibn Sina
Rabat



د. سناء كثراري

إختصاصية في أمراض
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر
وهشاشة العظام
بكلية الطب - الرباط

- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص
في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم
والطب الباطني بجامعة
مونبيلي - فرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفى العياشي
ابن سينا - الرباط

20/02/2024

Casablanca, le : في : الدار البيضاء.

MELLOUK AICHA

R8

⇒ Hostacortine h 5 mg

1 Comprimé, ET DEMI LE matin, pende

• Celebrex 100 mg

1 Gélule, midi, pendant 3 mois

• Cartexan 400 mg

1 Gélule, soir, pendant 3 mois

• oxymag

1 Comprimé, SOIR pendant 30 jours

23251

05/25

89,00

23085 23088 : 220291
05/20 05/20 : 02/2026
84,40 84,40 : 84,40 DH

PHARMACIE DE L'ESPLANADE
Mr. Reda / BNO
Droeur
N° 92 Rue 28
Casablanca

NOVOPHARMA
PPV: 76,60 DH

NOVOPHARMA
PPV: 76,60 DH

PER: 05
NOVOPHARMA
PPV: 76,60 DH

x3
Ged

PPV
LOT
PER

21,70

21,70

PPV
LOT
PER

21,70

LOT
PER

W