

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 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 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



Déclaration de Maladie

W21-831749

199019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308 Société : R. A. H

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bengaddou Fatima

Date de naissance :

Adresse : Firdaous App 7 IHB 8 Elgaz oulfa-cas

Tél : 0602462656 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2023

Nom et prénom du malade : RAFIK ARDJ Age : H

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

Nature de la maladie : ARI + CR + ALD

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
19/12/15	S	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr TIR ABDOLAZIZ 58 Route Miv Thami Hay Hassan 0522 90 21 67 Casa	19/12/15	552,20

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION




وصفة طبية
Ordonnance

19/12/23


Casablanca, le :

Rafik AIZI

1) Softu  x 21
140,90 x 2 2 Boffe x


LOT: GB21161
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

LOT: GB21163
PER: 05/2024
PPV: 140 DH 00

2) 70  x 21
12,50 x 2
DR. TIR ABDELAZIZ
58 Avenue My Thami Hay Hassan
Tel: 0522 90 21 67 Casa

MUCOCIL® 
Carbocisteine 2%
Sirop enfant - Flacon de 125 ml
P.P.V. : 12,90 DH

6 118000 190592

3) Vutol  x 21
42,20
213 x 3/1 x 0 spray

4) Solopred 20
24/1 le matin
x 5 jours

5) Bipartite au

1 ~~par~~ x 2/1
102,10 x 2

8) (SV) abou net

552,20 par Vache le
Mok x 03 net

Dr. TIR Abdelaziz
PHARMACIE POLYCLINIQUE
58, Route Mytiline Hay Hassani
Tél: 0222 90 21 67 (Cass)

Université Internationale de Tunis
Dr. DINA MOUZZI
Professeure de Pharmacie
Directrice de l'Université

Lot n° : 008T121B
Pér. : 06-2026
Médicament autorisé
N°: 132/19/DMP/21/NRQDNM
P.P.V : 42 DH 20

N° Lot : 3UW965
Fab : 06/2023
Per : 06/2026
PPV: 102,10 Dhs

N° Lot : 2UW876
Fab : 12/2022
Per : 12/2025
ppv: 102,10 Dhs

MUCOCIL®
Carbocisteïne 2%
Sirop enfant - Flacon de 125 ml

P.P.V : 12,90 DH
6 118000 190592

FACTURE

090061862

PAYANTS

Total **300,00**

CNSS N° 9779309, ID Fiscal 40127291 Boulevard Mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Oum Rabii,
Hay Hassani Tel: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026

Hopital Cheikh Khalifa
Tel : 05 29 03 53 45
Fax : 05 29 00 44 77
E-mail: contact@chkh.com