

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

- 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

7312 N° M20- 0006162

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7312 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : HAITIA Med
 Date de naissance : 1958
 Adresse : Berrichon
 Tél. : 0605819572 Total des frais engagés : 918,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 04/03/24
 Nom et prénom du malade : HAITIA Med Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Polyarthrite
 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
04/03/2011				

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Montant de la Facture

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
		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 :

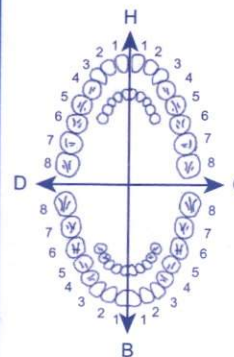
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

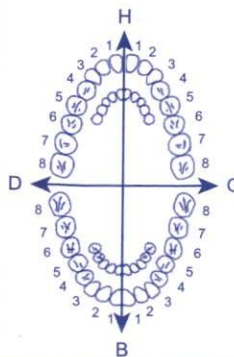
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الإدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le

Mr. (Mme) :

د. :

Diclo Pharma 5^e 50mg
Boite de 20 comprimés



118000 090281

LOT: 1126
PER: 12-26
PPV: 29DH10

LOT 231506 1
EXP 04 2026
PPV 76.50

Nalgescic[®] 300 mg
36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

COOPER PHARMA
PPV: 130,80 DH

LOT: 220833
PER: 11-2024
PPV: [REDACTED]

LOT 231887
EXP 12/26
PPV 1020H10

GAPREX[®] 25 mg
60 Gélules



6 118000 072157

Pharmacie WAFIQ
Dr. RAMZI Tarik
L'oussament Wafiq Lot N°363
Tél: 0522 32 72 79

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

بسم الله

الدكتور لطيف الإدريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت
رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت
عضو بالهيئة الفرنسية لجراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le :

04-03-24

Mr. (Mme) :

Haji H. M.

: السيد (ة)

342

Gon 24



342

PHARMACIE YASMINA
77, Rue Ibn Nafissa Hay Yasmina
Berrechid - Tél : 05 22 53 31 88
Fax : 05 22 53 31 88

