

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.

Biologie 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.

Radiation :

- 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.

Prothèse :

- 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.

- Le 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

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Déclaration et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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° P19- 065098

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3581 Société : R A 07

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZARRAZ ABDELLEH

Date de naissance : 26.04.57

Adresse : 117 BLI SUN KOLLO NARRAKET

Tél. : 060154822 Total des frais engagés : 799,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MAARFA Amina Age: 60

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

Nature de la maladie :

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 : RAK Le : 28/08/16

Signature de l'adhérent(e) :

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
29/03/2020	CG			Dr. Y. E. HAID Résidente de psychiatrie Hôpital Ibn Nafis CHU - Med VI - Marrakech

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL IKHLASSA MEKKACH LAQUATIF Docteur en Pharmacie N° 773, Azli Sud Pharmacie Tél. : 05 24 64 16 34	29/03/20	799,90

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OD

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																								
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
D		G																						
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS																					
			DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

LOT 201428
EXP 06 2023
PPV 180.00

190,00

Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech

المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس
مراكش



Centre Hospitalier Universitaire
Mohammed VI
Marrakech

LOT 201043
EXP 04 2023
PPV 180.00

Fluoxet® 20 mg
30 gélules

190,00



Pr.Ag. MANOUDI Fatiha
Pr.Ag. ADALI Imane
Dr. ELMESSOUDI My Abdelaziz

Marrakech, le 29/09/2020

ORDONNANCE IP: 754068

N° MAANAA Mina

Athymil® 30 mg
Comprimés pelliculés sécables



LOT 201002
EXP 12 2022
PER: 12 2024

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30

NOZINAN 100 MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 57DH30



Dr. RABITATEDDINE Mariam
Dr. BOUALAME Abdelmounaim

Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



Alpraz® 0,5 mg
28 comprimés sécables



LOT 201588
EXP 07 2023
PER: 11 2024

180,00 X2

98,30 / 1 Fluoxet 20mg (cp)

98,30 02 - 00 - 00
21 Athymil 30mg (cp)

57,30 00 - 00 - 1/2
31 Nozinan 100mg (cp)

35,70 00 - 1/2 - 01
4 Alpraz 0,5 mg (cp)

799,90 1/2 - 1/2 - 01 pelt 7 jours

00 - 1/2 - 01 pelt 7 jours

00 - 00 - 01 pelt 7 jours

00 - 00 - 1/2 pelt 7 jours

PHARMACIE AL AOUAT
MEMKAOUI PHARMACIE
Docteur en Pharmacie
N° 773, Azli Sud - Marrakech
Tel : 05 24 34 56 34

Dr. EL MESSOUDI My Abdelaziz
Résident en psychiatrie
Hôpital Ibn Nafis
CHU Med VI - Marrakech



296.
87-10-2080
If = 754068

CHU - Hôpital - Institut
Hôpital de la ville
de la ville de la ville
de la ville de la ville