

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

diologie 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.

Éducation :

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

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ 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° P19- 046384

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6497 Société : RAM 53692

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KARSSOUS Saïd

Date de naissance : 03/02/1961

Adresse : 11, Rue H N° 29 Benchedid

Tél. : 06 68 22 12 79 Total des frais engagés : 735,20 Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Docteur MARCHOT R Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
GSM: 06 91 97 57 21

Date de consultation : 19/12/2020

Nom et prénom du malade : KARSSOUS Saïd Age : 59ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhino Anjmotrite d'allergie allergique

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 : Benchedid

Le : 22/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RÉLEVÉ 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
10/12/20	CS	02	250 dirhams	Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage CP: 26100 - Berrechid Gsm: 06 91 97 57 21

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALAFAD 13,5 Rue Iliad Abdou Moukoko - BERRECHID - Tel: 0522 33 64 01	10/12/20	485,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

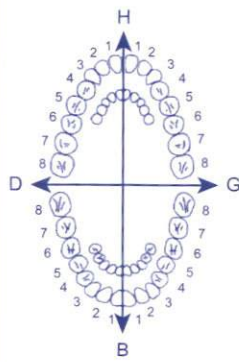
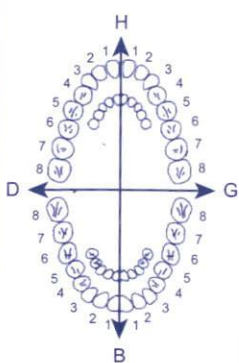
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Docteur MABCHOUR Rachid

الدكتور مبشور رشيد

Spécialiste des Maladies
Respiratoires et Allergiques
Diplômé de la faculté de médecine de Paris



أخصائي في الأمراض
التنفسية والحساسية
خريج كلية الطب بباريس

Berrechid, le : 20/12/2020 برشيد، في

KAR 8600 S Saïd

75,00



1) NAZAL

2 pulvérisations par nasine x

2 par jour x 7 jours

88,00

2) Curtee Comy



Pharmacie ALFAAQ
13.5.19 K. Mabou Medi
- BERRECHID -
Tel: 06 91 97 57 21

53,40 1 Ampoule le soir x 2 mois

3) NAAZIA

Contre l'asthme x 2

Par 2 fois x 10 jours
125,30

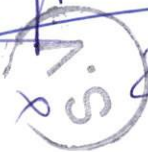
4) Vaxigrip Tetra



98,60
57' - 2700 gr
1 injection en sous cutané

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21

1 sachet x 5 par jour



45,50 x 6
6) CATAFLAM 50mg



1 comprimé x 2 par jour
x 4 jours, au cours des repas

485,20

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21

PHARMACIE ALAFAO
1.3.5 Rue Abdellah Kadiri
BERRECHID
Tel: 0522 23 04 00

N: 03664798003390

10082020
USK304V
07-2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1
P.P.V : 125,30 DH
118001 082247

125.30

75.00

LOT: GA00184
PER: 01/2022
PPV: 75 DH00

PPV: 98DH00
PER: 05-23
LOT: J1379

98.00

88.00

PPV: 88DH00
PER: 06/23
LOT: J1734-2

LOT: M20022
EXP: JAN 2023
PPV: 45,50 DH

45.50

53.40

NAAXIA 5 ml
Collyre - PPV : 53,40 DH

6 118001 100668

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diaoui,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI