

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 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 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

CA
N° = 16628

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008706

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9100 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

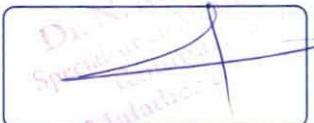
Nom & Prénom : EL MOUDNI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661336979 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2019

Nom et prénom du malade : EL Moudni Med Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Asthme

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) :



RELEVE 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
27/09/19	C	1	G	Dr. N. M. Spécialiste Maladie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/12/19	582,90

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

3 2 1 2 3

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ordonnance

Casablanca, 02/12/13

Mr. 60 El moudni Med

- Doliprane 1g sup. 

58,00 1sup. tk 68h.

- Amoxil 1g

32,50x2 1cp 2/j 

- Diprosone 0,05% pomme

1app. 2/j pd 10j

1app 1/j pd 10j

14,50x3 1app 1\$ur 2pd 10j 

- Cwarti 1cp 2/j pd 1 mois

1cp 1/j pd 2 mois

582,90

DIPRUSUNE 0,05 %

pommade



6 118000 050223

LOT: 525
PER: JAN 2022
PPV: 32 DH 50

pommade



LOT: 544
PER: MAR 2022
PPV: 32 DH 50

PPV: 55,00 DH
LOT: 607859
PER: 09/20



AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038



Doliprane® 1000 mg
PARACETAMOL
10 SUPPOSITOIRES



PPC: 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

curarti forte®
comprimé

395024
03/2022

PPC: 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

curarti forte®
comprimé

395024
03/2022

PPC: 149,50 DH

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

curarti forte®
comprimé

395024
03/2022

لوكوس

Pharmacie LOKOS

Younès CHAIBI

125-127 Cr. Sidi Abdellah

Casablanca - Tel: 052 22 30 51 07

LF N° 40402148

لوكوس

Pharmacie LOKOS

Younès CHAIBI

125-127 Cr. Sidi Abdellah

Casablanca - Tel: 052 22 30 51 07

LF N° 40402148