

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

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° P19-0049359

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8286 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKHALIL Rahla
Date de naissance : 22/10/1967
Adresse : 41, Residence Ennahdha Bp Allal Ben Abdellah Mohammedia
Tél. : 0665499809 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/21/2020
Nom et prénom du malade : ELKHALIL Rahla
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : B. pulmonaire, cancer
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) :

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
02/11/22				Dr. Houry Hour-Eddine Résidence Hassadim Appl. 2 Ain Harrouda - Tel. 05 22 33 27 63 ICE : 001981177000035

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Houry Hour-Eddine Lot. Guessous Km. 17 Ain Harrouda Tel. 05 22 33 21 42	02/11/22	274,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

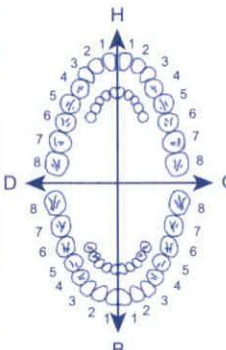
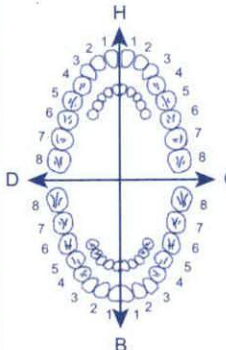
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

Docteur Latifa CHATRAOUI

Médecine Générale

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

Résidence Nasadihi - Apt 2

Ain Harrouda

Tél : 05 22 33 22 64

الدكتورة لطيفة الشطراوي

الطب العام

خبيرة محلفة لدى المحاكم

إقامة نسادحي - عين حرودة

الهاتف : 05 22 33 22 64

عين حرودة، في : ٠١/٠١/٢٠٢٠
Ain Harrouda, le :

فاتورة
EL KMA LIL

99.70

1) Zithromax 1200 mg



15.70 2) Toplev 100 mg



3) Toplev 100 mg

19.30 4) Stivine 100 mg



22.70 5) Binamin 100 mg



15.80 6) Dolysane 100 mg



99.70 7) Odes 100 mg



274.90

6) Odes 100 mg

99.70

Pharmacie Gd. Zenata
Dr. HOURY Nour-Eddine
Lot. Guessous km. 17 Ain Harrouda
Tel. 05 22 33 21 42

Docteur Latifa CHATRAOUI

MÉDECINE GÉNÉRALE

Résidence Nasadihi Apt 2

Ain Harrouda - Tél : 05 22 33 22 64

E 001981177000035

LOT: M0593
EXP: DEC 2021
PPV: 19.30 DH

15.80

LOT 181763
EXP 08/2021
PPV 99.00DH

22.70

22.70

ZITHROMAX 500 MG
Boite de 03 comprimés
Lot: 1279481
Date Fab: 08 / 2019 Date Exp: 07 / 2021
ppv : 78.70 DH

LOT: 9MA090
PER: 01/2021
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V : 15DH70

