

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- 0041473

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1875 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUAKHACHHI SANAA
Date de naissance : 15/03/1966
Adresse : HAY ALWALAA TR 6 Sec 1 IM 1 APP 184 Sidi Mounir
Tél. : 06 67 62 44 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Farida D'KHISSY
Généraliste
Rés. Attacharouk Tr 5
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Etage
Tél. 0522 71 61 31 - Casablanca

Date de consultation : 07/02/2020
Nom et prénom du malade : V. Chouaf Sana Ouakhachi Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affet. O.R.L. Syndrome d'apnée, Afte chronique
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) : ACCUEIL

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
07/09/22	C	1	100.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/02/2022	29,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

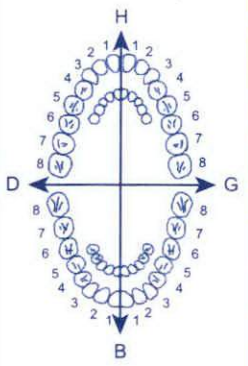
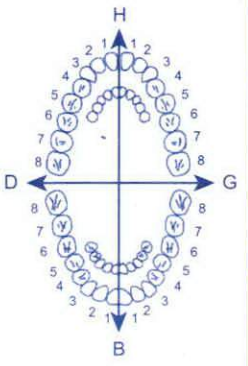
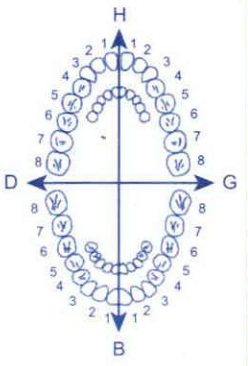
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DEBUT D'EXECUTION
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div> <div>H</div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>B</div> <div>11433553</div> </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
DATE DU DEVIS				Montants des Soins
DATE DE L'EXECUTION				DATE DU DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur D'KHISSY Farida

الدكتورة الدخيسي فريدة

Médecine Générale

الطب العام

ECHOGRAPHIE

الفحص بالصدى

Gynéco-Abdomen

تجسير العظام

OSTEOPATHIE

أمراض السكري

Diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier

Diplômée en Médecine du Travail (Rennes)

خريجة كلية الطب بمونبلي

Diplômée en Métrologie (Amiens)

Casablanca, le 07/02/20

الدار البيضاء في

Verre Chouaf Sana Ouakichadi

1) Dawit 15 nalt 1/2
1 n 2 2/3



2) Daxilon 300 n
1 n 3/1 autp pld 08

3) Doligrup nalt 1
1 n 3/1 autp

4) Daxidul 100 n
1 n 2 2/3 pld 08

Dr. Farida D'KHISSY
Généraliste

Rés. Attacharouk Tr 5
Secteur 1 Imm. 2 - 1er Eta
Tél: 0522.71.61.91 - Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 120,40 DH
LOT: 598988
PER: 02/21



Distribué sous licence
par UNOROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA Maroc

580735

PPV:
60DH10



6 118001 070398

Laboratoires Suthema Bouskoura
Maxidrol collyre, 5 ml
AMM Maroc N°54/AMP/21/NCV
PPV : 30,10 DHS

406994



PPV: 20DH00
PER: 10/22
LOT: I2487