

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- 060011

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8605 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GUARDI IDRISSI Azeddine
Date de naissance : 13/08/1957
Adresse : Résidence CHABAB A2 Bloc 16
Tmm C N° 5 Aïn Sebaa Casablanca
Tél. : 06 11 17 11 12 Total des frais engagés : 1518,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/01/2021

Nom et prénom du malade : GUARDI IDRISSI Azeddine

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

Nature de la maladie : Le psoriasis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 08/01/2021



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
8/1/2021			130	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

08/01/2021

1388.40

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

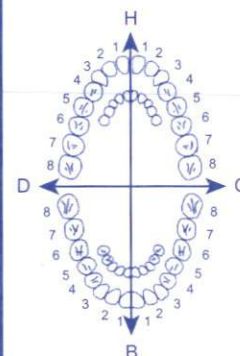
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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 NAWRI Mohamed

Medecine Générale
Echographie

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casa



الدكتور ناوري محمد

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le

01.2021 - 8

Nom :

OUAROU Idriss

99.00

cester/28 1 gel x matin

ATrynol 30

1 cp x 3x

38.70 x 4

Lorazyl 2r

2 min 5

1 cp d 2 min 5

1 cp d 1 min 5

2 cp d 1 min 5

35.70 x 7

Al pro 2

1 cp x 3 1/2

1388.40

Gsm : 06 60 56 47 82

شارع أبي در الغفاري، زنقة 144 أمل III - البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

LOT 191741
EXP 07/2022
PPV 99.00 DH

LOT 200812

LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30 DH

LOT 200812

LOT 200813
EXP 06/2023

LOT 200813

LOT 200812
EXP 06/2023
PPV 98.30 DH

LOT 200812

LOT 200813
EXP 06/2023
PPV 98.30 DH

EXP 06/2023
PPV 98.30 DH



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

38,70



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

38,70



6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

LOT 202429 1
EXP 10 2023
PPV 35,70 35.70

