

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 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

- Reclamation : 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° W21-601777

57266

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6798 Société : R AM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BEDRI HAMID

Date de naissance : 28-12-61

Adresse : habituelle

Tél : 06.62.01.48.11

Total des frais engagés : 135,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Date de consultation : 10 JAN 2021

Nom et prénom du malade : Chaymae ELOUAZZANI

Lien de parenté : ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 1669 F32.0522 32 48 12

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué par le 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) : Hamid

Le : 27/01/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16/01/21				

Dr. Chaymaa EL OUAZANI
Omnipraticienne, Echographie
App. N°2
Résidence Ibn Khaldoun Portez
Tél: 0522 32 48 12

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/12/21	135,50

Pharmacie SALIM
66, Bd. Lalla El Youssef
Tél: 0522 32 48 12

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

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>			
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>			
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine
Et de la pharmacie de casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hôpital Errazi - Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Med V - Safi



الدكتورة شيما، الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس باسفي

Berrechid, le... 16/01/21 برشيد في

EL HOUSSEINI, Samia

St Louis

14/10 (pdt 1 min) (2 cautions)

Baycenter

LOT: 2270
PER:
PPV:

135130

Pharmacie SALIMA
66, Bd. Lalla El Yasmine Tissir II
Tél: 05 22 32 48 12

LOT: 20E007
PER: 07/2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Tingraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

LOT: 20E007
PER: 07/2024

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

05 22 32 48 12 إقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 - (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف

Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - appt N° 2 - Berrechid - Tél, 05 22 32 48 12

GSM, 06 62 14 34 32 - E-mail, elouazzanichaymae@gmail.com