

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.

Diagnostique 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 052341

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1076 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FATANE AMINA ve KHOUDRI

Date de naissance :

Adresse : RES ALHSSANE NO8 RUE BUTHOMNEZ APPT 3

CASABLANCA

Tél. : 0660339713 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 MARS 2021

Nom et prénom du malade : FATINE AMINA Age :

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

Nature de la maladie : Anémie + HTA + Neuropathie

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 31/03/2021

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
11 MARS 2021			180,00	Dr. EL HAMMOUZI Abdelhak RÉS. Val Rose 28 2ème Etage Angle Albert Premier et Bd Med V - Rabat Tél: 05 22 24 55 85 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/03/21	672,8

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

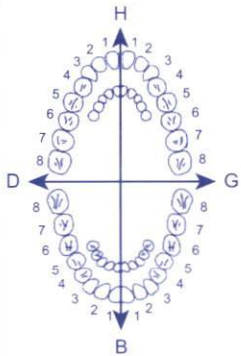
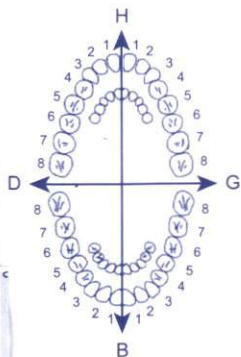
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 00000000 00000000 G 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. EL HAMMOUYI Abdelaziz
MEDECINE GENERALE



الدكتور عبد العزيز الحموي
الطب العام

PHARMACIE YASSINE
CASABLANCA
19, RUE DE LILLE BELLEVUE
Tél: 0016/0310000034

Casablanca, le 11 MARS 2021

11 MARS 2021

FATINE Aoula



* VIGNETTE

Lioton® 1000 ge
tube de 50g
PPV 49DH50

1009
D. Arak
36
by Auxil
68.5/4-0-14
87 Flu
19.4
27 Jucap
122.7
17 Daffa
1.4

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Rés: Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
et Bd. Med. V - Bellevue
Tél. 05 22 24 55 55 - Casablanca

ساحة آل ياسير فالروز - ب - الرقم 5 الطابق الثاني شارع محمد الخامس - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 24 55 55

Place El Yassir VALROSE "B" N°5, 2ème Étage Bd. Med V - Casa - Tél.: 05 22 24 55 55

9/12/2021
49,50
T=672,80

Dr. EL HAMMOUYI Abdelaziz
Ras. Val Rose "B"
2ème Etage Angle Albert Premier
cité Meridionale
Tel: 05 22 24 55 55 - Casablanca

LOT 201699
EXP 11/2022
PPV 36.70DH

(50 X 20 X 114) mm

(50 X 20 X 114) mm

(50 X 20 X 114) mm

49,40

Lot:

DS10/20

DLC:

10/2023

P.P.C : 109,00 DH

LOT 180605
EXP 03/2021

COOPER PHARMA

PPV : 49,40 DH

LOT 180315
EXP 02/2021

COOPER PHARMA

PPV : 49,40 DH

PHARMACIE YASSINE
19, RUE DE L'ILE BEVEDERE
ICE: 001670310000034
CASABLANCA

PHARMACIE YASSINE
19, RUE DE L'ILE BEVEDERE
ICE: 001670310000034
CASABLANCA