

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.

Biologie 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.

Ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Éducation :

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.

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 ALD :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com
Assurance 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.

Siège : 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° M20- 0008694

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9563 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : EX - AGENT
Nom & Prénom : LAAMRI MOHAMMED REDA
Date de naissance : 13-10-1970
Adresse : RESIDENCE MANZAH CALIFORNIA
VILLA 20 EL JADIDA
Tél. : 0663443423 Total des frais engagés : # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur TAGNAOUCHE
Date de consultation : 14/4/2021
Nom et prénom du malade : Mlle LAAMRI Lina Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : bronchite asthmoforme
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 : CASABLANCA

Le : 14/04/2021

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
14/04/2021			200	Docteur TACMOUS Médecine Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/04/2021

#507,50

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

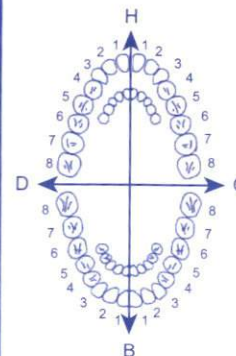
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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

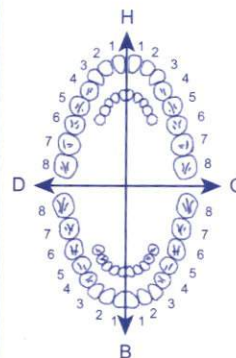
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Dr. TAGNAOUTI Brahim

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux
MEDECINE GENERALE

70, Rue de Normandie - Maârif

CASABLANCA

Tél: 05 22 25 59 32

Casablanca, le

Dermoval
0,05 % CREME

Tube de 10 g

الدكتور إبراهيم التكنوا

خريج كلية الطب ببوردو
الطب العام

70، زنقة نورماندي - العاريف

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 25 59 32

14/4/2021

Mlle LAAMRI LILIA

115,90 -

Aclav 1

23,90 -

Polery

44,00 -

Maxilase

291 -

Foster

15,30 -

Vite 100

17,40 -

Dermoval c

TST = 507,50

**POLERY
ADULTES**

LOT:551
PER:09/23
PPV:23.90DH

Vita C1000°

PPV 150H30
EXP 10/2023
LOT 09031 33

LOT 18056 PER 12/20
PPV 115DH90

Foster 100/6µg, solution pour
inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

Docteur TAGNAOUTI Brahim
Médecine Générale
70, Rue de Normandie Maârif

Maxilase®

**DORES DE
GARGANTA
ALFA AMILASE
200 U. CEIP/ml**

A PARTIR DOS 6 MESES

XAROPE

Frasco de 125 ml

Sabor a tangerina

COMPOSIÇÃO para 100 ml

Alfa-amilase 20 000 U. CEIP

Excipientes com efeito

marcado: Amarelo

alaranjado S (E110), sacarose,

para-hidroxibenzoato de

metilo sódico (E219),

para-hidroxibenzoato de

propilo sódico (E217).

Via oral.

sanofi-aventis France

1-13, boulevard Romain

Rolland

75014 Paris – France

Fabricant/Manufacturer

Unither Liquid Manufacturing

1-3, allée de la Neste,

ZI d'en Sigal

31770 Colomiers - France

Distribué sous licence

par LAPROPHAN

21, rue des Oudaya

CASABLANCA-Maroc

PPV : 44DH00.