

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.

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.

Prothèse 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



74747 CA

Déclaration de Maladie : N° P19-0022903

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10144 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DR. SSI Zoub Date de naissance : 29/06/1974
Adresse : 193 Bis Avenue Rte El Jadida et Rue WABOU
Tél : 066312971 Total des frais engagés : 1020,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur GRAR Karima**
Gynécologue - Obstétricienne
Evason Office, Bd Taddart, Angle
Bd. Elhachmi Filali et Rue 2 Lot
El Othmania, 3ème Etage, Casa
Tél: 05 22 44 71 99 / 05 22 44 72 00
Date de consultation : 17/02/2021
Nom et prénom du malade : DR. SSI Zoub Age : 47 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée
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 : 27/04/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022903

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
17/02/21		5	300	<p>Docteur GRAC Karim Gynécologue - Obstétricienne Evasion Office, Bd Taddart, Ang 1 El Ghazal Filali et Rue 2 Lot El Jumania, 3ème Etage, Casa Tél: 0522 44 71 99 / 0522 44 72 00</p>
00				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/04/21

720,80

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

A M

P C

I M

I V

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 :

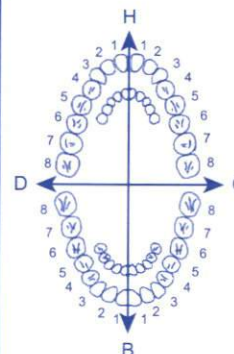
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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
35533411 11433553

B

G

[Création, remont, adjonction]

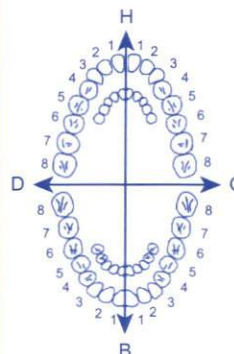
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VOLET ADHERENT

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



مصحة دار السلام CLINIQUE DAR SALAM

Docteur GRAR Karima
Gynécologue - Obstétricienne
Evasion Office, Bd Taddart Angé
Bd Elhachmi Filali et Rue 2 Lot
El Othmania, 3ème Etage, Casa
Tel: 0522 44 71 99 / 0522 44 72 00

17/02/21

Mr Boudier
Zineb

87.0

①

Mexidol 1/2
1/2 x 2

31.2

②

Plavix 150
1/2 x 2

1h.0

③

Sol par
1/2 x 2

132.0
x 4

④

Novel 40
1/2 x 4

60.0

⑤

Repten 150
1/2 x 4

PHARMACIE AL OUADE
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55 Av. Oued Sebou - El Oulfa
Tel / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
Tél : 001541468000057

Docteur GRAR Karima
Gynécologue - Obstétricienne
Evasion Office, Bd Taddart Angé
Bd Elhachmi Filali et Rue 2 Lot
El Othmania, 3ème Etage, Casa
Tel: 0522 44 71 99 / 0522 44 72 00

URGENCES 24/24

720.80

⇒ 31,80

← 132,00

← 132,00

← 132,00

← 132,00

PPV: 87DH00
PER: 01-22
LOT: J011

FERPLEX[®] 40 mg ○
Fer protéinsuccinylate
Boîte de 10 Falcons buvables
PPV 60.00 Dhs

6 118001 440016

PPV: 14DH00
PER: 12/23
LOT: J3460