

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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

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° M21- 0058394

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1214 Société : 74687

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ODDI AZZOUZ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Signature et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0038377	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

109,92



P 14 / 0038377

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature et Cachet L'adherant	
Nom & Prénom			E L O I R D I A Z Z O U L		
Fonction		Phones			
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient			E L O I R D I A Z Z O U L	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date 20.05.2021	
Nature de la maladie			Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
20/5/2021	Vz -	G -			
PHARMACIE	Date		20/5/21		
Montant de la facture		109.90 + 300 + 500 DH = 909,90 DH			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date			
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date			
Nombre		Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC	IM	IV		

Dr. A.H. TADLAOUI
Chirurgie Générale
12, Bd. d'Alger

PHARMACIE AL BOUSTANE
Houdy BELBOUCINE
580, Bd Ibn Sina Derb El Widad
Hay Hassani - CASABLANCA
Tel : 05 22 90 33 97

Docteur A. H. TADLAOUI
CHIRURGIE GÉNÉRALE, GYNÉCOLOGIQUE

& COELIOCHIRURGIE
Ex. Assistant du C.H.U. Averroès

12, Boulevard d'ANFA (Place Verdun)
☎ : 27-66-40 & 27-48-20 Fax : 27-66-40
Patente N° 35507242
Expert auprès des Tribunaux

الدكتور عبد الفتاح ح التدلاوي
مساعد سابق بالمركز الصحي الجامعي ابن رشد

الجراحة العامة- جراحة الأمراض النسوية
الجراحة بالكاميرا

الهاتف 27.48.20 - 27.66.40

12 شارع أنفا الدار البيضاء

CASABLANCA le 20 Mai 2021

الدار البيضاء في

M. El Girdi Azoua

59,80

① Ulsiprox 100



15 mal
et en ay 2

② Beexin 5

15 mal 2

109,90

سيبروفلوكساسين

LOT: M0440
PER: 11/2022
PPV: 52,80DH

مضاد حيوي واسع الطيف
عن طريق الفم

Dr. A.H. TADLAOUI
Chirurgie Générale
Chirurgie Gynécologique
12, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tel. : 05 22 90 33 97



PHARMACIE AL BOUSTANE
Houda BELHOUNINE
880 Bd Ibn Sina Derb El Widad
Hay Hassani - CASABLANCA
Tel. : 05 22 90 33 97

Si on n'aime pas toucher les gens, les écouter, si on n'a pas le désir de les rendre heureux, est-on Médecin ?

57.00
LOT 21008
PER JAN 24
FPV 57DH10