

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

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° M21- 0051715

84272

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5677 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Re traite

Nom & Prénom : MANOUNI Mohamed

Date de naissance : 30-06-51

Adresse : 69, Rue AL MOHAMED CASSA

Tél : 05 22 27 34 79 Total des frais engagés : 205,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/21

Nom et prénom du malade : ZAHIDI Fatima Age :

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

Nature de la maladie : NÉOPLASIE du Sein

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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
02/12/21	CS			G

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'HOPITAL S.A.R.L. AU Angle Boulevard Zerkouni et Rue d'Agadir- Casablanca Tel: 05 22 27 39 39	2/12/21	205,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

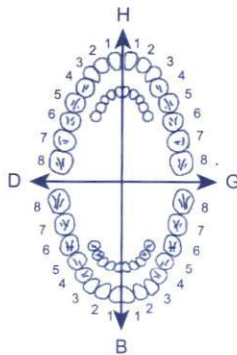
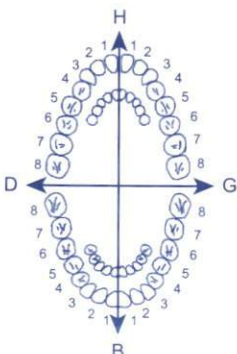
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
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



Zekri di fatine

Pr SAHRAOUI Souha
Onco-Radiation thérapeute
INP N° 091036491

74.80 x2

Sep 100

500 265

2x65

PHARMACIE DE L'HOPITAL S.A.R.L.A.U.
Angle Boulevard Zerkrouni
et Rue d'Agadir- Casablanca
Tél: 05 22 27 39 39

RYAD ONCOLOGIA CLINIC
15, Allée du Persée, Bd Anoual
Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca
Tél: 0522 86 27 00 / Fax: 0522 86 25 56

2810x2

205,80

93096 265

2x65

سيتسين[®] 500 مع سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

74180

LOT: 05821014

PLR: 18/2024

ENV: 74.50 DH

سيتسين[®] 500 مع سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص مطبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

74180

LOT: 05821014

PLR: 18/2024

EXP: 7.5.25 DH

TRAMADOL NORMON[®] 50 mg

Tramadol

LOT: 12421001
PER: 03/2024
PPV: 28, 10 DH

20 gélules
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 30°C
Sous ordonnance médicale.
Tableau A

**Respecter les
doses prescrites**
المرجو احترام الجرعات الموصوفة

TRAMADOL NORMON[®] 50 mg

Tramadol

LOT: 12421001
PER: 03/2024
PPV: 28, 10 DH

20 gélules
Voie orale

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température inférieure à 30°C
Sous ordonnance médicale.
Tableau A

**Respecter les
doses prescrites**
المرجو احترام الجرعات الموصوفة