

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.

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.

Traitement :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0011309

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0034202 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHARAKAN ZAHRA
Date de naissance : 01/01/1947
Adresse : Rue 15N Nr. 7 eloulfa casa
Tél. : 06 99 38 56 37 Total des frais engagés : 579,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/09/2021
Nom et prénom du malade : CHARAKANE ZAHRA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : MDA + GCH
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 15/09/2021

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
15-09-2021			1 = 200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-221-2404 Casablanca - Tél: 0522-90 51 13 ICE: 0022512200000074	15/09/21	3798,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

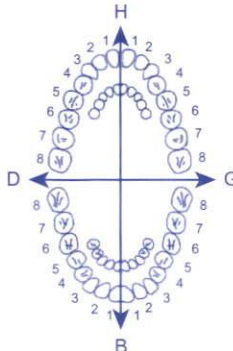
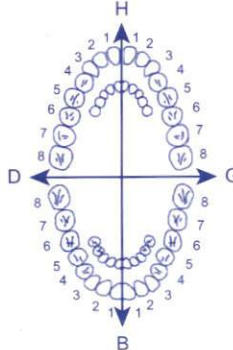
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXEC

Dr. Arafa Alaoui F. Sakina

الدكتورة عرفة العلوي ف سكيانة

Médecine Générale

Diplômée en Echographie

par l'Université H. II

Médecine de travail

PHARMACIE WELAY MOULOUIYA
ZEKRI Abdelaziz
Docteur en Pharmacie
220 222 224 Bd Oued Moulouya El
Casablanca - Tél: 0522 90 51 13
ICE: 002291220000077

الطب العام

دبلوم الفحص بالموجي

من جامعة الحسن

طب الشغل

Casablanca le 15/09/2021 الدار البيضاء في

Charafane Sakina

44,00 x 3

① Tecnam 5mg

21,80 x 3 14/17 le matin x 3mg

② Aspirine 500

43,00 x 2 14/17 le midi x 3mg

③ Anglor 5mg

52,80 14/17 x 3mg

④ Dole 814

14/17 le soir x 3mg

شارع واد سبوزنقة 174، رقم 65، الأنفة - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 91 12 77 - المحمول: 06 61 31 09 83

Bd. Oued Sebou - Rue 174 - N°: 65 - El Oulfa - CASABLANCA - Tél: 05 22 91 12 77 - GSM : 06 61 31 09 83

E-mail : arafasakina@gmail.com - INP : 091011973 - ICE : 00210345000034

PPV: 44DH00
PER: 04/23
LOT: K1253

PPV: 44DH00
PER: 04/23
LOT: K1253

PPV: 44DH00
PER: 04/23
LOT: K1253

LOT: 21E001
PER: 11 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 21E001
PER: 11 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 21E002
PER: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 21E002
PER: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 21E002
PER: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



43.00
PPV: 43DH00
PER: 04/23
LOT: K1093

43.00
PPV: 43DH00
PER: 04/23
LOT: K1093

LOT: 201587
EXP: 05/2023
PPV: 52.80DH