

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

Nº M20- 0006327

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 527 Société : 89368

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EZZAHAF EL BOUAFIA

Date de naissance : 01.01.1941

Adresse : 32 RD OU ED ESSAHI B CHA

Tél. : 0663572332 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / / Voir ordonnance + facture

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 : 01/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/10/21	536.20

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	

RELEVE 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 canalair

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 4x4 grid of numbered nodes (1-16) arranged in a diamond-like pattern. The nodes are labeled as follows: Row 1: 1 (top), 2, 3, 4; Row 2: 2, 5 (center), 4; Row 3: 3, 6, 5; Row 4: 4, 7, 8; Row 5: 5, 8, 9; Row 6: 6, 9, 10; Row 7: 7, 10, 11; Row 8: 8, 11, 12; Row 9: 9, 12, 13; Row 10: 10, 13, 14; Row 11: 11, 14, 15; Row 12: 12, 15, 16. Four arrows point outwards from the center: a horizontal arrow pointing left labeled 'D', a vertical arrow pointing up labeled 'H', a vertical arrow pointing down labeled 'B', and a horizontal arrow pointing right labeled 'G'.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Monoprost 50 microg
collyre en solution en récipient
PPV : 178.90 DH
AMM Maroc N° 496/17 DMP
6 18001 071
Distribué par le laboratoire S
BP N°1, 27182 Bouskoura

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Dr KHADJJA FILTY

Spécialiste des maladies et
Chirurgie des yeux
Ex chef de Service Ophtalmologie
à l'hôpital Mohamed SEKKAT
Ain chock
Membre à la société française
d'ophtalmologie Paris



اختصاصية في أمراض و جراحة
العيون
طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد السادس عين الشق
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس

Ordonnance

Casablanca le : 15/03/2021 الدار البيضاء في :

CHABATOUZ Zouhida

17899 ^{α 3}

536,70

Monoprost midas

1 g à 2 fl

Nouvelles

in de 3 ml

دكتورة خديجة فلتى
Dr. Khadija FILTY
الاختصاصية في العيون
Tél : 05 22 37 07 43 - Casablanca

شارع واد الذهب، رقم. 106، الطابق الأول، فوق مقهى أنكونا (قرب صيدلية سكيبة)، بن مسيك سباتة الدار البيضاء

Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1^{er} étage, Ben msik, Casablanca

GSM : 06 08 93 17 90 - Tél : 05 22 37 07 43

Pharmacie LAHBABI

DR. LAHBABI MOHAMED

0522-37-31-03

79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA



Facture N° 20210824-903

Date de vente : 24/08/2021

Médecin traitant :



CHABAoui ZOUBIDA

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MONOPROST CL COLLYRE 30 UNIDOSES	3	178,90	TVA (7.00%)	536,70

Total HT	501,59 DHS
TVA	35,11 DHS
Total	536,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent trente-six DHS et soixante-dix centimes

