

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058514

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 451

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Rouissi Tahira

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : 10 Rue Andromède Res. Duplais Fontenille

Tél : 0637926793

Total des frais engagés : 1511 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2021

Nom et prénom du malade : Rouissi Tahira

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 : Casablanca

Le : 07/11/2021

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
15/11/21		2	300,00	Dr. N. LAFI IDRISS TRAUMATO - ORTHOPÉDIE 73, Boulevard MASSARA Al Khadra Tél : 05 22 25 25 25 Fax : 05 22 25 25 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ALIA Dr BENCHEKROUN Driss 83, Bd. Massara Al Khadra Tél: 05 22 23 79 28 - Casa	13/01/21	1211,00

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

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. N. Latif - IDRISSE

Chirurgien Orthopédiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nantes France
Ancien Chef de Clinique & Assistant au CIU de Nantes
Ancien Praticien Hospitalier des Hôpitaux de Nantes
Chirurgie Traumatologique et Orthopédie Adulte et Pédiatrique
Membre de la Société Française de Chirurgie
Traumato-orthopédique

الدكتور لطيف الادريسي نور الدين

جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بنانت

رئيس قسم و جراح بمستشفيات بنانت

عضو بالهيئة الفرنسية في جراحة العظام و المفاصل

PHARMACIE AL ALIA
Dr BENCHEKROUN Driss
83, Bd. Massira Al Khadra
Tél: 05 22 23 79 28 - Casa.

Casablanca, le :

Mr. (Mme) :

السيد (ة) :

1490° 248° 76° 821° x 2 437°

flex 1 sachet / 1

Difal 25 / 2 10,

la / gnr 14 x 2 x 20,

hexur 20 / 2 20

nb porce 1 / remaine x 20

Dr. N. LATIF IDRISSE
TRAUMATO - ORTHOPÉDISTE
75 Boulevard Massira Al Khadra
Tél: 05 22 23 79 28 - Casa.
Fax: 05 22 23 79 28

75, Bd Massira Al Khadra - 1er étage - Casablanca - Tél: 05 22 25 39 25 / 05 22 25 23 25 / 05 22 25 23 16 / Tél: 05 22 23 79 28

Fax: 05 22 23 79 28

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



6 111261 640073

Lot :

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



6 111261 640073

Lot :

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

CURAFLEX®

Collagène - Acide hyaluronique

Sachets



6 111261 640073

A consommer de
préférence avant le :

PPC : 149,50 DH

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair boud al anoum roches
noires casablanca

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRO P.P.V : 82,10 DH

6 118000 021711



* 3 5 5 3 3 3 7 *

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair boud al anoum roches
noires casablanca

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

64015DMP/21NRO P.P.V : 82,10 DH

6 118000 021711



* 3 5 5 3 3 3 7 *

Nalgesc® 300 mg

36 comprimés pelliculés



6 118000 021711

LOT 211824
EXP 07 2024
PPV 76.50

DIFAL®

Diclofenac sodique 25 mg
Boîte de 30 comprimés

P.P.V : 24,80 DH



6 118000 190332

NOPOROSE® 35 mg

12 comprimés pelliculés



6 118000 071617

LOT 213035

EXP 03/25

PPV 497DH00

