

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.

Radiologie 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 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

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- 046279

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8246 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUDGHIRI EL ABID

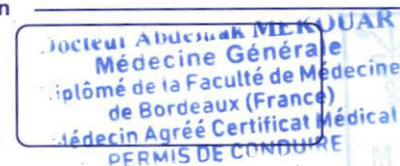
Date de naissance : 01/01/1957

Adresse :

Tél. 0663 867779 Total des frais engagés : 740 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL OUDGHIRI EL ABID Age :

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

Nature de la maladie : Synt infectieuse

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) :

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
25.12.21	e		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/12/2021	59000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

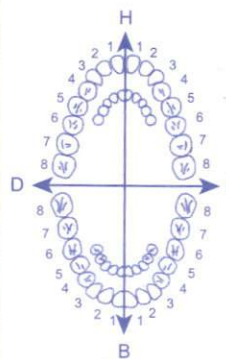
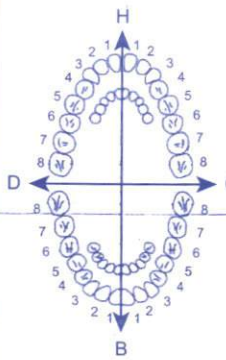
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الحق مكيوار

Diplômé de la faculté de
Médecine de Bordeaux (FRANCE)
MÉDECINE GÉNÉRALE
Echographie - Ultrasons

خريج كلية الطب ببوردو (فرنسا)
الطب العام
الكشف بالصدى - الأصوات فوقية

MÉDECIN AGRÉÉ CERTIFICAT MÉDICAL
PERMIS DE CONDUIRE

طبيب معتمد رخصة السياقة

*Bd Beni M'guild - Hay Laayoune
Rue 13, maison 31 - Casablanca
Tél.: 05 22 28 17 01 - GSM: 06 61 32 47 06*

شارع بني مكيلد حي العيون
 زنقة 13 - الدار 31 - الدار البيضاء
 الهاتف : 05 22 28 17 01
 الهاتف المتنقل : 06 61 32 47 06

Casablanca, le 25/12/22 : الدار البيضاء في

ए ओडोहरि' ए एबी.

18700 EL and SAM
DA claw 19 A ds
5 12

13200
 125 x 2
 125 (21000) +
 125 x 2
 125

⑤ $\frac{14000}{100} = 140$

Handwritten signature: *Hyman*
Date: 10/1
Red circular stamp: *35*
Text: **MEKOUAR**
Généraliste
Centre de Médecine
Généraliste

59000

Docteur Abdelhak MEKOUAR
Médecine Générale
Diplôme de la Faculté de Médecine
de Bordeaux (France)
Médecin Agrégé Certificat Médical
DEPMIC N° 0679800E

PHARMED

LOT : 4836
UT.AV: 11-23
PPV: 21DH00

أكلاف
أموكسيسيلين + حامض كلافلانريك

LOT : 3393
PER : 09-23
P.P.V : 132DH00

1 غ / 125 مغ

16 كيسا

6 118000 091769

A.M.M. : 117 DMP/21/NNP

Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

حامض كلافلانريك

LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Inspecter les doses prescrites
Uniquement sur ordonnance. Liste I

2 كيسا

LOT : 7276
PER : 02-23
P.P.V : 187DH00

ACCLAY 1g/125mg Poudre pour
suspension buvable, 24 sachets
252160 000811 9

OEDES 20mg ○
56 gélules

LOT N° :

118000 082026

LOT : 210600
PER : 12-2023
PPV : 140.00DH

Lot / Batc

Exp. date :

111250 430340

PPC (DH) :

PPC 89,00

PHARMED

LOT : 2547
UT.AV : 07-24
PPV : 21DH00