

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.

Maladie chronique :

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- 0010463

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01293

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : FARAS John

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : Dar Lamane M. Bloc 2 Appt. 4

Tél. : 06 41 53 75 92

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2019

Nom et prénom du malade : Faras John

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 : / /

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
20/01/22	C	150		
01/02/22	cont			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. BOUSTANE Zakia	20/01/22	265,00
Dr. BOUSTANE Zakia	01/02/22	192

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

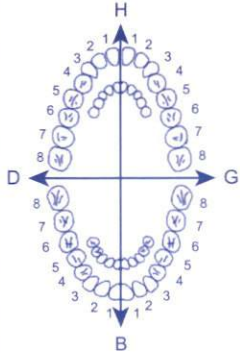
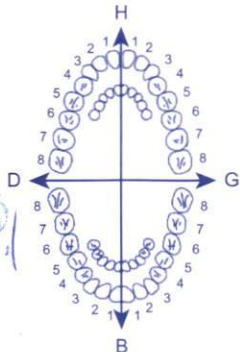
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 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

ORDONNANCE

Docteur Jamil El Kayaoui

Dr. Assermenté

Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4

doc.jamil@hotmail.fr

CSM: 06 61 16 16 30 - Tel: 05 22 62 70 69

, le 20/01/22

Nom / Prénom :

Famey M

PHARMACIE DU PARADIS
Dr. BOUSTANE Zakia
Bloc L - N° 8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - CAS A
Tel: 0522 62 70 69

5280 Bisphenol A 100

2360 (9x2)

Terpene

↑ cas x 3

4000

The Logic of 20

1960

2 g /

x 5 v

pentyl e 1000 =>

1 g x 3



129 م

Shen Ou

AK

nav,

265,00

MACIE DU PARADIS
USTANE Zakia
Lamane
CASA

Docteur Jamil El Kayaoui
Dr. Assermenté
Dar Lamane, Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
06 16 16 30 - Tel. 05 22 62 70 69

22,80

49,00

500 ملغ

يبروكس

وفلوكساسين

Ubiprox 500mg

10 Comprimés

Deva Pharmaceutique

LOT: M0646

PER: 11/2023

PPV: 52,80DH

اد حيوي واسع الطيف
طريق الفم

اراص ملبسة



6 118000 410188

PARANTAL C.1000

PPV 19DH60
EXP 09/2024
LOT 10046 5

ORDONNANCE

Docteur Jamil El Kayaoui
الدكتور جمال الكايوي
Dr. Assermenté
Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
GSM: 06 61 16 16 30 - Tel: 05 22 62 70 69

, le 01/02/22

Nom / Prénom :

FAROUJ M

19/20

Eucalyptine
cas x3



PHARMACIE DU PARADIS
Dr. FOUSTANE Zakia
Bloc L - N° 8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - CASA
Tel: 0522.66.80.71

Docteur Jamil El Kayaoui
الدكتور جمال الكايوي
Dr. Assermenté
Dar Lamane M, Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
GSM: 06 61 16 16 30 - Tel: 05 22 62 70 69

EUCALYPTINE LE BRUN
SIROP FL 125 ML
P.P.V : 19DH20
6 118000 010678