

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.

Pathologie 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

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 Étage 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° P19- 046413

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7103 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELATIF

Date de naissance : 01/01/1960

Adresse : Sect EL HADJAH H281 Demnag

Tél. : 066043641 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/7/2022

Nom et prénom du malade : Zeroual Abdelatif Age :

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

Nature de la maladie : otite externe sur Bouchon Cerumen

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 : Demnag Le : 25/07/2022

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
25.7.2022		2	209,0	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/01/2022	60,20
	25/01/2022	115,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

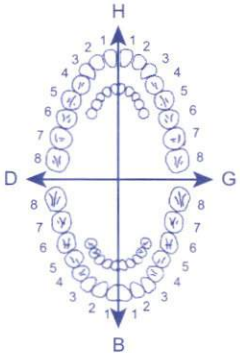
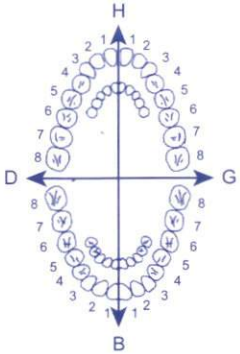
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

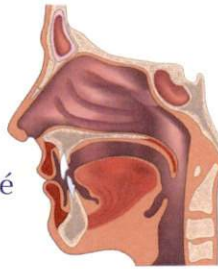
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Omar BADISS

Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et Cou
Exploration et traitement de surdité
Vertige - Troubles de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie
Chirurgie de la thyroide



د. عمر باديس

إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
والحنجرة - الأذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخيص و الحساسية
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 25/12/2022

Zerond Albalaziz



21.80

1) Polydex

guts



79.00

5 packs

x

21.

x 1/1

2) otixyl



14.50

1 pack

x 81

x 1/1

3) Aut-L 7,



115.30

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
Bloc 10 au 1 Daroua
Tél : 05 22 63 20 83

D. Omar BADISS
Médecin O.R.L.
INPE : 09 10 44 719

Date d'expiration
LOT: 24597
EXP: 2023/01
PPC: 79 DHS



تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة
Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N 3, 1 r étage - Deroua
Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com



الصيدلية الرئيسية

PHARMACIE PRINCIPALE

Deroua, le

05/01/2022

EL BOURY Benslimane Lalla

Docteur Pharmacien

FACTURE

N° 0001709

Mr : ZEROUAL - ABDEL AZIZ

QUANTITE	DESIGNATION	Prix	TOTAL
01	otipaa 8H(1)		20,20
01	Demoral gel		4000 1
			60,20
<p>Pharmacie PRINCIPALE DEROUA Bloc 1 N° 1 Deroua Tél : 052049476 INPE</p>			

Lot : 3568
Per : 01/2024
BIOCOCODEX MAROC PPV 20.21

ID: 575318
GlaxoSmithKline Mar
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 40.00 DH
6 118000 16130

Bloc (U) N° 1 DEROUA - Tél. : 33.90.97 et 33.90.1

Patente : 55801770 - R.C. : 2780 - C.N.S.S. : 22449