

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.

Biologie 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.

Educations :

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 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'Hoggar
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 065724

105964

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06638 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELKHALFI ELMESTAPHA
Date de naissance : 1962
Adresse : CASA
Tél. : 0661066938 Total des frais engagés : 200,72850 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10 JAN 2022
Nom et prénom du malade : ELKHALFI ELMESTAPHA 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 : CASA Le : 10/01/2022
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 10 JAN 2022 | C | | 2000 | <p>شبيب مجلف</p> <p>طريق مولاي النمازي</p> <p>(فرب مسند في الحي الحسني)</p> <p>ماربلا - الحي 11 - سفي</p> <p>الدار البيضاء</p> <p>2 911 47 66</p> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE LA SOURCE</p> <p>Melle EL MOUASSI MOUNA</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>7, Rue Ain El Boudoune, C.I.L</p> <p>Casablanca - Tel: 06 22 36 24 85</p> | 10/01/22 | 22850 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

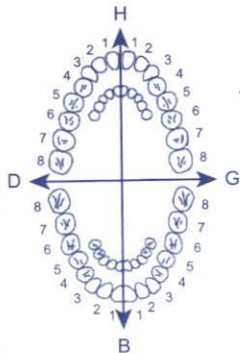
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

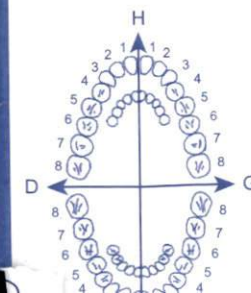
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Docteur Saïd GZOUli

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خبر لدى المحاكم

Casablanca, le :

10-01-2022

1. ~~Aspirine~~ 29.7 x 2
159.40 - 7/1

2. ~~Ceftriaxone~~
48.5 - 3/1

3. ~~Paracetamol~~
116.30 - 1/1 x 2

4. ~~Urt C 1000~~
26.5 - 1/1 x 2

5. ~~Amoxiclav~~
23.50 - 1/1
6. ~~D Amphet~~
49.60 - 1/1 x 2

PPV: 79DH70
PER: 04/23
LOT: J1038

PPV: 79DH70
12/24
K2313

PPV: 48DH60
PER: 03/24
LOT: K 492

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Oroken 200 mg, cp pel b e
P.P.V: 116,30 DH

VITAMINE C 1g
Boîte de 20 comprimés effervescents
PPV: 26,50 DH

LOT: 20019 PER: 02/2023
PPV: 23,50 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 21I16
EXP: 09/2024

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) - مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88: الهاتف - E-mail : drgzsa@gmail.com

7. Bromylase
55,00

14/13/1

8. Hamax Spray
30,00

14/13/1

9. Fitopolis
99,50

14/13/1

18

55,00
01-2023
Distributeur au Maroc:
Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC
PPV : 30,00 DHS

Lot: 214018
A consommer de préférence avant le: 10/2024
PPC: 99,50 DH
LOT: 082-1
PER: FEV 2022
PPV: 120 DH 70
30 اقراص
ملبسة

10 - Amus

18

120,20
728,50

14/13/1

PHARMACIE LA SOURCE
Melle EL MOUINI MOUNA
Docteur en Pharmacie
7, Rue Ain Asserdoune, C.I.L
Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85

دكتور سعيد الكزولي
عبيب محلف، خبير لدى المحاكم
60، بلريق مولاي التهامي
(قرب مستشفى الحي الدار البيضاء)
مادونا - الحي - الدار البيضاء
المانف، 077 90 70 88
90 97 66