

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.

Reéducation :

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- 0019421

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1404 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AARAB LAHOUCINE
Date de naissance : 01/01/43
Adresse : 17 Bd. Moulay Youssef
Tél. : 0619 383413 Total des frais engagés : 2136,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 10/03/2022
Nom et prénom du malade : AARAB LAHOUCINE Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fracture ouverte de la cheville droite
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
10/03/2021		2	gratuit	DR. CHEROUAQI MOHAMMED Chirurgien Otolaryngologiste et Traumatologue Clinique Ann Sebba Casablanca INPE : 091041533

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL TAYEB ANASSI TABLAFAA 54 Pg.Md. 2000 ANASSI GHJ Tél. : 05 22 75 79 79 Casablanca	10/03/22	2136,00

INP: 092027747

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

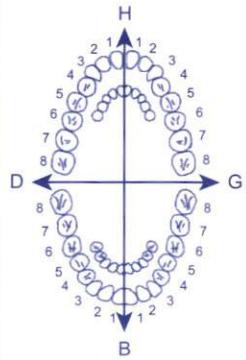
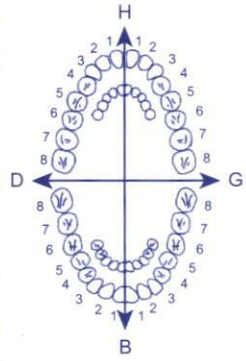
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

CLINIQUE AIN SEBAA

84, Allée des Casuarinas - Aïn Sebââ
Casablanca

Tél.: 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31

Fax : 05 22 34 08 32



مصحة عين السبع

84, شارع كزوريناس - عين السبع - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 34 08 30 / 05 22 34 08 31

الفاكس : 05 22 34 08 32

Casablanca, le :

15/03/22

AAAB Cahencine

168,20 x 2

— Argentin

153,80 x 2

— cecchini

14,50

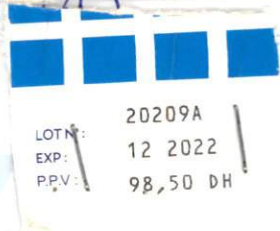
— Andet

98,50 x 15

* Hiber

— 02 septiles

↑ = 2136,00



Dr. CHEROUAQI Mohammed
Chirurgien Orthopédiste
et Traumatologue
Clinique Ain Sebââ Casablanca
INPE : 091041



LOT : 201733
UT AV: 12/2023
PPV : 153,80DH

Lot n° :

(H0)

ANDOL[®]

PARACETAMOL

1000 mg

Comprimé effervescent 5x 100

Lot N° :

A ut. av. :

PPV(DH) :

14,80

LOT N° : 21201A
EXP : 03 2023
P.P.V. : 98,50 DH

LOT N° : 21201A
EXP : 03 2023
P.P.V. : 98,50 DH

LOT N° : 21201A
EXP : 03 2023
P.P.V. : 98,50 DH

PPV: 168,20 DH
LOT: 647017
PER: 12/22

PPV: 168,20 DH
LOT: 647017
PER: 12/22

LOT N° : 21201A
EXP : 03 2023
P.P.V. : 98,50 DH

LOT : 201733
UT AV: 12/2023
PPV : 153,80DH

Lot n° :

(H0)

HIBOR[®] 3500 UI/0,2 ml OR[®] 3500 UI/0,2 ml
Bémiparine sodique Bémiparine sodique
2 seringues 2 seringues

LOT N°:
EXP:
P.P.V.:

21201A
03 2023
98,50 DH

21201A
03 2023
98,50 DH

21201A
03 2023
98,50 DH

LOT N°:
EXP:
P.P.V.:

2 seringues

ml

LOT N°:
EXP:
P.P.V.:

21201A
03 2023
98,50 DH

21201A
03 2023
98,50 DH

LOT N°:
EXP:
P.P.V.:

21201A
03 2023
98,50 DH

COCCIDIN[®]

Fusidate de sodium

Boîte de 20 CP/250 mg



6 118000 083238

Fusidate de sodium

Boîte de 20 CP/250 mg



6 118000 083238