

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR OBTENIR 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.

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 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° P19-0034838

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

AMPS

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4304 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAJJID NINA
Date de naissance : 27/4/59
Adresse : 330, Bd de Boudaoud Casablanca
Tél. : 06 670 30568 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 31/07/2022
Nom et prénom du malade : SAJJID NINA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : C.E.A.
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
31/01/2022	VS LCH T+ Atypie Collie		400,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

31/01/2022

392,80

392,80

Pharmacie
Nezha El Aoud
Docteur en Pharmacie
bd. Bourdeaux - Casablanca
T: 05 22 40 33 71 / 72 - Fax: 05 22 26 19 18

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 :

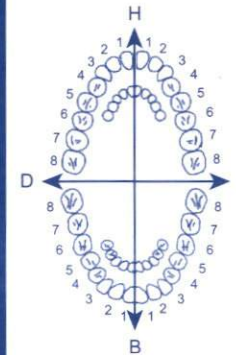
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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

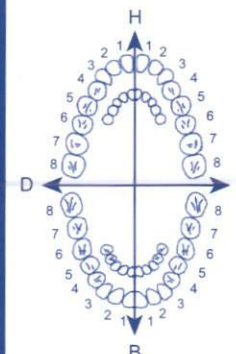
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

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



Pharmacie
Argane
Nazha El Aoud
Docteur en Pharmacie
120, bd. Saurdeux - Casablanca
Tél.: 5 22 49 34 71 / 72 - Fax: 05 22 26 19 18

Casablanca,

Fab: 07/21
EXP: 07/24
6400
B10CODEX MAROC PPV 67.00 DH

31/01/22

131,60x1



BATON NINA

174,80x1

Spectrometry



131,60

14,00x1



2 Dolone

67,00x2

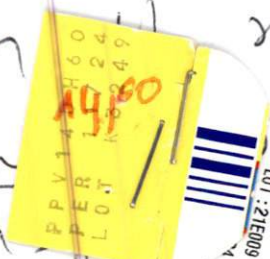


31 Ultra

40,80x1



41 Nihilin



MOTILUM 1MG/ML
SUSP BUV FL 200 ML
P.P.V: 40DH80
LOT: 21E009
1180001011040

SOS ALLO DOCTEUR CASABLANCA

219, Avenue Mustapha El Maani,
3 ét, appart N°6, Mers Sultan, Casablanca. Maroc
chiadmiamine99@gmail.com www.sosallodocteur.ma

(+212) 522 26-67-67/
(+212) 522 36-67-67



En cas d'urgence ou renseignement appelez: 06 61 41 90 00

392,80

Dr. Mohamed Amine CHIADMI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Médecin Chef des Forces Armées Royales

Ex. Médecin des Nations Unies

MÉDECINE GÉNÉRALE

Echographie - Diabète

Electrocardiogramme



الدكتور محمد أمين الشياضمي

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب رئيسي سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بالأمم المتحدة

الطب العام

الفحص بالصدى - داء السكري

التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le:

31/01/2022

Attestation d'honneur

Je soussigné, le Docteur Mohamed Amine CHIADMI
atteste que le patient
M. [Nom] a été traité par
un Test Antigène Covid-19
et est négatif à la date de
ce jour (700, 000000).

تجوزة 158، بلوك 19 إقامة ياسين، الطابق الأول، الرحمة 1 جانب ليديك. الرحمة - الدار البيضاء

Lotissement 158, Bloc 19 Résidence Yassine, 1er étage, Rahma 1 collé à Lydec. Rahma - Casablanca

Tél. : 0520 422 422 - Email : chiadmiamine99@gmail.com