

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

Education :

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.

Prothésaire :

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° M20- 0007742

114859

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 953

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mongi et Zahra

Date de naissance : 1949-11-11

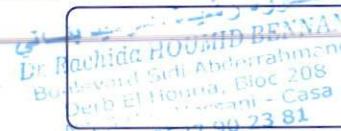
Adresse : Hery EL Hana Rue 22 N° 21

Tél. : 06 61 11 20 824

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/04/2022

Nom et prénom du malade : BAKKAL

20HRS.

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Dystylie

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) :

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/04/22 | ls | | 200DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchra Rue 22-N° 6 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24 | 25.04.2022 | 79.50 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
|---------------------------|--|------------------|-------------|-------------------------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | DEBUT D'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DATE DU DEVIS | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



Casablanca , le 25-04-22

• متعددة المماريات

• حائزة على دبلوم الفحص بالصين

• حائزة على دبلوم الكعب الرياضي

• حائزة على دبلوم التغذية والجعفية

• التغذية الوقاية

• حائزة على دبلوم داء السكري

• امراض الايض - السننة

• الكعب الشامي - فحص ما قبل الزواج

• مرآة العمل

• صبية متعددة من طرف وزارة الصحة

للفحص الشخصي خاص ببرخصة السياقة

omnipraticienne

Diplômée en Echographie

Diplômée en Médecine du Sport

Diplômée en Nutrition-Dietetique
Nutrition Fonctionnelle

Diplômée en Diabétologie

Maladies métaboliques - obésité

Gynécologie - Examen prénuptial
Surveillance de la grossesse

Medecin agréé par le ministre
de SP pour l'examen medical
du permis de conduire

BARRAL ZAHRA



19,50

Pectolax
1 officie au cas
de besoix.

LOT 210224
2024/04
PPC: 79,50 DH

PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI Rachida
Rue 22 N° 36 Hay El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24

Dr. Rachida HOUMID BENNANI
Boulevard Abderrahmane
Derb El Houria, Bloc 208
N°85 Hay Hassani Casablanca
Tél.: 0522 90 23 81

PHARMACIE EL JAOUI
Dr. JAOUI Rachida
Rue 22 N° 36 Hay El Hana
Casablanca
Tél.: 0522 39 91 24

درب العربية، شارع سيدى عبد الرحمن بلوك 208 ، رقم 58 - العرعرة
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 23 81

Derb El Houria, Bd Sidi Abderrahmane, Bloc 208, N° 58 - Hay Hassani
Casablanca - Tél : 05 22 90 23 81

E-mail : bennanihoumid.rachida@gmail.com