

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.

Radiologie 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

La 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° W19-438496

115235

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5578 Société : RAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUZARIF ZAHRA
 Date de naissance : 25/03/1982
 Adresse : 11, RUE ALANKHOMANE, AP 7
 DABEJOUR, CASABLANCA
 Tél. : 0663 85197 Total des frais engagés : 758,7 Dhs

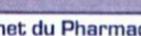
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr ALAOUI F. Youssef
 O. R. L.
 34, Bd. Zerktouni - CASA
 27.26.02 27.28.00
 Date de consultation : 10 MAI 2022
 Nom et prénom du malade : BOUZARIF ZAHRA Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 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.

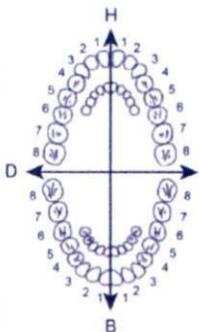
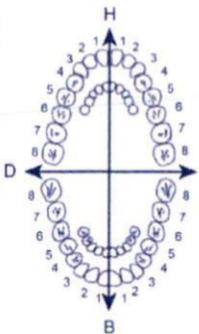
Fait à : Casablanca Le : 11/05/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 MA 2022			300,00	INP: 0811006998  Dr ALAOU F. Youssef O. R. L. 34, Bd. Zerkouni - CASA 31 27 26 92 - 27.28.00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>10 05 2022</p>	<p>458,70</p>

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

[illegible]

DEVELOPPEMENT 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 de l'O.D.F.												
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 								
				Coefficient des Travaux 								
				Montants des Soins 								
				Début d'exécution 								
				Fin d'exécution 								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> H </div> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: left;">25533412</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px; text-align: left;">35533411</td> <td style="padding: 5px; text-align: left;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins 								
				Date du devis 								
				Date de l'exécution 								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COOPER PHARMA
PPV: 32,60 DH

Docteur ALAOUI

SPECIALITE

Nez - Gorge - Oreilles

CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

EXPERT ASSERMENTE PRES
DES TRIBUNAUX

34, Bd Zerktouni (Angle Rue Agadir)
CASABLANCA

Téléphone 05 22 27 26 92
0522 27 28 00
Sur Rendez-vous

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14
64175DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
118001 020607

Casablanca le

PPV (DH):

LOT N°:

UTI AV.

50 ml e 89

CE
0459



LOT: 11393
PER: 07/2024
PPC: 89,90DH

10 MAI 2022

69.00

Biovamic 500

32.60

Duxel

20.00

Deli Grippe

89.90

Rhinolaya 2shots

123.60

Inexium 40. 2shots

458.70

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Boîte 14
64175DMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
118001 020607

Pharmacie du CAF الكاف
Mme CHIAOUI SAMIRA
Rue Al Oukhroun Beauséjour
Casablanca - Tél 05 22 39 09 7

PPV: 20DH00
PER: 02/25
LOT: L579

Dr ALAOUI F. Youssef

34, Bd Zerktouni
Tél. 27 26 92 -

LOT: M0644
PER: 11/2023
PPV: 69,00DH