

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0005192

119240

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9766 Société : R.A.M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BAST FATIMA

Date de naissance : 07-11-1967

Adresse : 273 Bd My Youssef CASABLANCA

Tél. : 06 78 20 70 57 Total des frais engagés : 356,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr El Khatoli ELARCHE
Médecin Généraliste
CHP Moulay Youssef

Date de consultation : 14/06/2022

Nom et prénom du malade : Fatima Bast Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Coelocid-13

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 14/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
14/06/22	C	6		Dr El Kalooli ELARCHI Médecin Généraliste CHP Moulay Youssef

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie La Corniche 9, Bd. Moulay Youssef CASABLANCA Tél/Fax : 05.22.27.67.03 INPE : 092037268	14/06/22	356,30 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

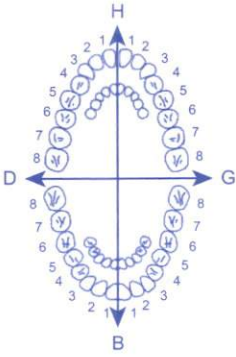
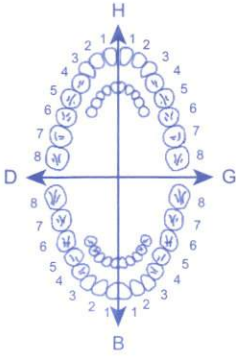
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date : *Melob horre*

ORDONNANCE

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111

PPV: 79DH70
PER: 01/25
LOT: L111

*319, Bd. Moulay Youssef
Téléfax: 05 22 27 57 03
PHARMACIE LA COLLETTI*

Fulmine Barb

(79, 70x2)

VITAMINE C 1g 

Boîte de 20 comprimés effervescent

PPV: 26,50 DH



6 118000 190936

26,50

1) Vitc 1000



1cp 1x

1/2 cp 1x 1/2 - 1x 1/2



1cp 1x

1cp 1x

40,90

2) Zinaskin



1cp 1x

1cp 1x

*LOT: 11/2000
EXP: 11/2000
P: 11/2000*

49,60

3) D-cine Forte



1cp 1x

79,90

4) Filaxon Limp



1cp 1x

356,30

*319, Bd. Moulay Youssef
Téléfax: 05 22 27 57 03
PHARMACIE LA COLLETTI*

Lot :
À consommer
avant le .

PPC : 79,90 DH

Dr El Katooli ELARCHE
Médecin Généraliste
CHP Moulay Youssef

ZINASKIN

PPV 40DH90

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la santé
Direction Régionale Casa-Settat
Delegation Préfectorale Casa-Anfa



المملكة المغربية
وزارة الصحة

المديرية الجهوية لدار البيضاء - سطات
المندوبية الإقليمية لبيضاء - أنفا

Casablanca le : 14/06/2022

CERTIFICAT MEDICAL

Dr El Kalqoli ELARCHE
Médecin Généraliste
CHP Moulay Youssef

Je soussigné, Dr

Avoir pris en charge M

Fatima Bant

Testé (e) covid19-- positif le

14/06/2022

Qui doit prendre son traitement sept jours et rester confiné(e) pour
une durée de ~~quatre~~ jours à compter de ce jour

14/06/2022 au 20/06/2022

(07) L

Certificat remis à l'intéressé (e) pour servir et faire valoir ce que de droit

SIGNATURE

Dr El Kalqoli ELARCHE
Médecin Généraliste
CHP Moulay Youssef