

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Anglé 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- 0005581

MUPRAS
RECEPTION 9

119806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RIMANI RAHAL

Date de naissance :

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0522532440 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/22

Nom et prénom du malade : Rimani John Age :

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

Nature de la maladie : HTA, goutte, obésité

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 : DEROUA

Le : 21/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
10/06/22	CS	1	159,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/6/22	341,90 DH
		PNE : 062107792

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

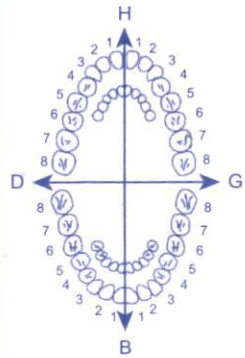
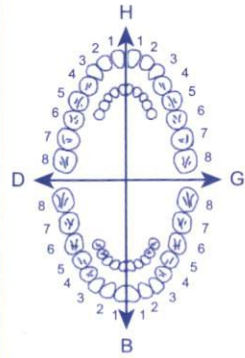
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Narjiss AMEUR

Ex.médecin interne au C.H.U

Ibnou Rochd - Casa

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

Médecine Générale

Diplôme en échographie générale

E.C.G

الدكتورة نرجس عامر

طبيبة باطنة سابقا

المركز الإستشفائي ابن رشد البيضا

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

الطب العام

دبلوم في الفحص بالصدى

تخطيط القلب

Date: 10/06/22

Nom: Rimouzi Zohra

$31.30 \times 3 = 93.90$

Zyloric 200g

(SV)

Mylo 250 3 boxes

$65.40 \times 3 = 196.20$

(SV)

Penonebic 6012,5

52,00 Mylo 250 3 boxes

Volhalene 100g

(SV)

341.90

Mylo 250 10 boxes

Prochain rendez vous :

الموعد المقبل:

540، تجزئة الوفاء الدروة (قرب مسجد الوفاء)

540, Lot. Wafaa - Deroua - Tél.: 05 22 53 27 53

Lot 10452
Exp 07 2023
Fab: 08 2020



LOT: M21097
EXP: MAY 2024
PPV: 52,00 DH



Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pell b30
P.P.V: 65,40 DH



Voltaire® 100 mg
10 suppositoires



6 118000 220169

Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pell b30
P.P.V: 65,40 DH



Lot 10451
Exp 07 2023
Fab: 08 2020



Exp 07 2023
Fab: 08 2020



Maphar
Bd Alkima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Tenoretic 50mg/12,5mg
cp pell b30
P.P.V: 65,40 DH



ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT 202075
EXP 09 2024
PPV 31,30

31,30



ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

ZYLORIC 200 mg

Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 62 DMP/21/NTT
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 022244

LOT 211105
EXP 04 2025
PPV 31,30

31,30



LOT 213577
EXP 01 2023
PPV 31,30

31,30

