

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° M21- 072789

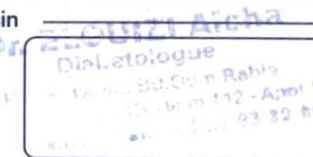
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2104 Société : 20842
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : Rayouni Habema
Date de naissance : 25-07-2022
Adresse : 60 ATTADAMOUNE, Rue 2 IN 175 No 6
oulg - Casablanca
Tél. : 0660 23 8508 Total des frais engagés : 200DH + 344 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/06/2022
Nom et prénom du malade : KHATTAR FATIMA ZAHRA Age: 1998
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Pharyngite + Coryza + Dermatite
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

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
	C	1	200,00	Dr. ELLOUZI Aicha Dentiste 55 Lot Masque d'Alger 18 - Ann 192 - App 1 Tél. 05 22 92 82 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/16/2022

3443-

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

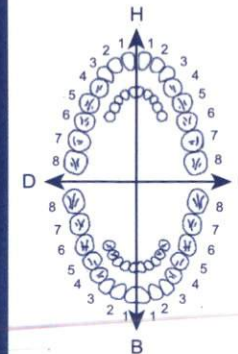
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

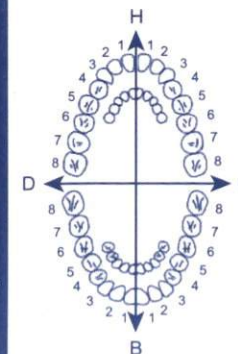
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aïcha ELOUIZI

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Rabat

Diplômée en Diabétologie

de la Faculté de Médecine de Montpellier
de France

الدكتورة عائشة الويزي

خريجة كلية الطب بالرباط

دبلوم أمراض السكري

من كلية الطب بمونبيلي بفرنسا

Casablanca, le : 14 06 22

Nom du Malade : M^{re} KHATTAR FATIMA ZAHRA

153-
1/ MAXICLAN 1g/12h

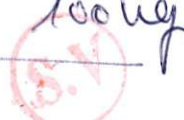
1 sachet x 3j



PPV: 153DH10
PER: 11-23
LOT: K2914

52-
2/ VOLTARENE 100mg

1 gélule



LOT: M20037
EXP: FEV 2023
PPV: 52,00 DH

42-
3/ OMIZ 20mg

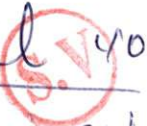
1 gélule le soir



42,00

313-
4/ Zentel 400mg

1 gélule le soir



GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 648235
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 648242
6 118001 141364

223-
5/ Bayasfene 600mg

2 gélules

Dr. ELOUIZI Aïcha
Diabétologue
El Oulfa, Bd. Oum Errabia
Casablanca

3443-

LOT: 22170
PER:
PPV:

الألفة، شارع أم الربيع - الفردوس عمارة T12 - شقة رقم 1 B 1 GH - الدار البيضاء

El Oulfa, Bd. Oum Errabia - AL Firdaouss GH 1B - Imm T 12 - Appt 1 - Casablanca

Tél. : 05.22.93.89.06 : الهاتف / Autorisation : 10062 / 91