

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.



121484

Déclaration de Maladie : N° P19- 0008120

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03631 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL JADIDI ABDERRAHMANE Date de naissance : 30-06-1960
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 150^{dh} + 469,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/06/2022
Nom et prénom du malade : JADIDI Lalla Saadia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pulmon
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 : 04/07/2022

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 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

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|---|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>HARMACIE RIAD SOFIA Dr. FERMAS Abdellah e Riad Atlas GH8 Brix MM 12 AG 2 Et 3 Lissasfa Casablanca Tel/Fax 05 22909500 ICE:003028895000050 INPE:092098185</p> | 26-06-2022 | <p>PHARMACIE RIAD SOFIA Dr. FERMAS Abdellah Rr.e Riad Atlas GH8 Brix MM 12 MAG 2 Et 3 Lissasfa Casablanca Tel/Fax 05 22909500 ICE:003028895000050 INPE:092098185</p> |

[illegible]

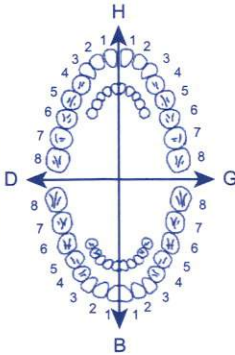
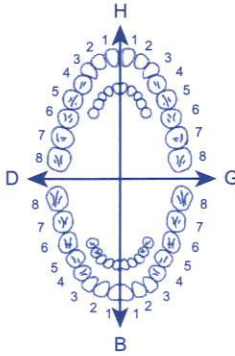
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 <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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

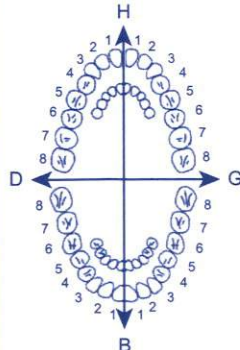
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Importance :
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 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| | B | |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



| | |
|--|---------------|
| | DATE DU DEVIS |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hayat OUARIT

Médecine Générale



- Certificat de Gynécologie Médicale
- Certificat de Diabétologie et Nutrition
- Echographie

الدكتورة حياة وارث

الطب العام

- شهادة في أمراض النساء
- شهادة في مرض السكري و التغذية
- الفحص بالصدى

Casablanca, le : 25/06/2022 : الدار البيضاء, في :

ORDONNANCE

M^r JADIDI LALLA

Azithromycine

LOT 21N072

EXP 11/23

PPV 72DH00

Voie Orale

Azithromycine

LOT 21N072

EXP 11/23

PPV 72DH00

Voie Orale

① unis 523 c p
72,00
x2
144,00

1 c p - 1

117

79,00

1 c p - 1

106

② A p - 1
79,00

1 c p - 1

1 c p - 1

110

③ v. h 10003 c p - 1
117,00

1 c p - 1

1 c p - 1

117

Lot: 220005
À consommer avant le: 02/2025
PPC: 79,00 DH

شارع إقامة شيماء, إقامة سفيان عمارة A'2 رقم 1 الطابق السفلي - سيدي معروف - الدار البيضاء

Boulevard Résidence Chaimaa, Résidence Soufiane Imm A'2 N°1 RDC - Sidi Maârouf- Casablanca

الهاتف : 05 22 97 36 55

169,20 (u) *Juntem* a p bnd
132,~ *1-pxl,*

| | |
|-------|--------|
| 21579 | 1124 |
| LOT | PER |
| Prix | 109.00 |

(5) *Acliv.* *2-pxl,*
469,30

| | |
|--------------------------|---------|
| ZINC + HISTIDINE + VIT C | |
| PVC: 132.00 DH | |
| UT Av: | Lot: |
| 12/2023 | L070120 |
| Mceutik | |

PHARMACIE RIAD SOFIA
Dr. TERMAS Abdelhadi
Rue Riad Atlas (SH8) Bix INIMAS 12
MAG 2 Et 3 Lixnata Casablanca
Tel/Fax 0522909560
ICE:90302895000050
INPE:092098185

DR. HAYAT OUARIT
Made in Morocco
Rég. Souverain Maroc No. 1400
Société Marocaine de Pharmacie
Tel: 05 22 90 95 60

113
156