

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

- 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 - 5ème 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- 064805

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où le malade 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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
16 JUL 2022	CS		720,50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/07/22

254,60

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

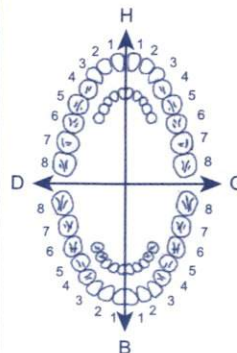
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

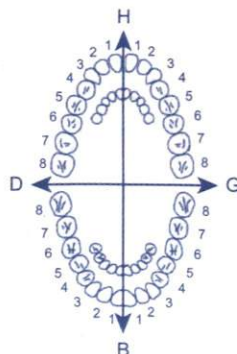
DETERMINATION
MASTIC

25533412
00000000

D 00000000
35533411

B

(Création, remonte
Fonctionnel, Thérapeutique, néo)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

93,40

93,40

Dr.Amina AOUBEID

Spécialiste des Maladies
de l'enfant et du nourrisson

Diplômée de la faculté
de médecine de Casablanca

Ancien médecin résidente
à l'hôpital d'enfant à Casablanca



الدكتورة أمينة عبيد

إختصاصية في أمراض

الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بمستشفى الأطفال

بالدار البيضاء

Casablanca, le

16 JUL 2022

Nom :

El-Keddy - Periam

Age :

8 ans

Poids :

28/400



PPV 12DH80
PER 02/24
LOT K477

1) Aspegic 250mg



24,70

1 boîte + 21 jours

2) doliprane suppa 30



12,80

1 boîte / 6 j

3) novalène suppa 30



11,30

LOT : 22E001
PER : 09/2023
ASPEGIC 250MG
SACHETS B20
P.P.V : 21DH70



PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA


LOT: 211811
PER: 12-2024
PPV: 11,30DH

756.174.05.18

6, Lot Haj Fateh Imm, 10, 2^{ème} étage N3°, (Prés Marché Haj Fateh) Oulfa, Casablanca

Tél.: 0522 90 63 63 - Urgence: 0655 28 18 42 - Email: aoubeidamina8@gmail.com

06.57.87.74.88

4) Opikén sup d'adult 
 93,40x2
 1 lot (20 H) / 42; rest 08/09



5)
 22,00

 254,60

ANGINDAL:
 2 perle + 41.

DR. AMIR AAOUBEID
 Lot 101 - PEDIATRE
 CASABLANCA - Tél: 05 22 99 63 63
 Urgence: 06 55 28 18 62

STE PHARMACIE HANZA
 CA - BLANCA
 2ème étage - Rue 6 N° 3 Lot 64
 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28