

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° P19- 054982

126764
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1901 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JABRANNE Hassan
 Date de naissance : 21/01/1958
 Adresse : CITÉ ALYASSINE R5 immeuble 74
 APPT n° 2
 Tél : 0663291879 Total des frais engagés : 831,90 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/08/2022
 Nom et prénom du malade : CHAABI SAIDA Age: 64
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cardiopathie
 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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 10/08/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/08/2022 | | | 150,00 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 10/08/2022 | 3545,30 |
| | 15/08/2022 | 136,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

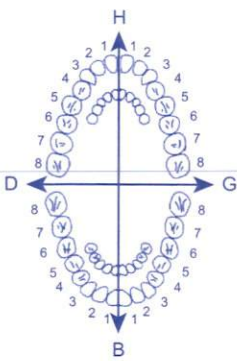
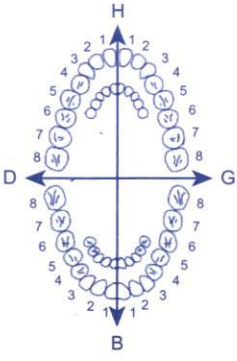
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> | | H | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | 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

تَتَبِعُ الْحَمْلَ

Fait à Casablanca / Le : 15/08/2022

7^{me} CHAARI Saida

49, 60

21 D-Cure fite

1 anproble \bar{a} T_1

1 anneau à T_{14}

1 anpunde à T_{28}

87. cc

21 Relaxin m 300

136,60

1. Zell, le hi.

Lotissement Al Yassamine, Imm. 79 1^{ère} Etage App. 4 - Casablanca

(Au-dessus de la Pharmacie BALSSAM ALYASSAMINE)

عجينة الياسمين عمارة 79 - الطابق الأول - الشقة 4 - الدار البيضاء

(فوق صيدلية بلسم الياسمين)

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C01
EXP: 03/2025

PHARMACIE EL MASJID EL HABIB
ABIB EL HABIB
Sur en Pharmacie
Massani CHARF E 2
SA - OULFA
22 90 05 67

LOT: 220295
DLUO: 03/2025
87,00DH

ORDONNANCE

Le: 10/08/2022

M^{me} CHAARI SAIDA

1) UPERIO 50 mg
405X7

1 - 0 - 1



2) CARDENIEL 2,5 mg
50,70

1/2 - 0 - 2/2



3) KARDEGIL 75 mg
30,70X4

0 - 1 - 0



4) TAHOR 10 mg
79X4



5) LEVOTHYROX
13,40X4

50 mg

1 - 0 - 0



6) LEVOTHYROX
6,80X4

25 mg

2 - 0 - 0



PHARMACIE EL MASJID EL HABIB
ESSABHI EL HABIB
Pharmacie en Pharmacie
100 Hassan CHAARI F 2
CASA - OULED
Tel: 06 22 90 05 07

DR. CHAOUNI SAIDA
Medecin generaliste
R. Boukhalil, 405
Casablanca
Op: 100 19 App 04, Tel: Euge
Tel: 06 38 02 79 60

7111YE
99,00



1 goutte de si

41,00

81 Gel larmes



1 app de si

2024 03
99,00

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube
Distribué par COOPER PHAR
41, rue Mohamed Diouri, Casal
Pharmacie Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

Total

3545,30

M de

PHARMACIE EL MASSJID EL HABIB

ESSABH EL HABIB
Docteur en Pharmacie
CASA - OULFA
Tel : 05 22 90 05 67

Dr. CHAOUNI Salwa
Médicine Générale

Opère à l'Hôpital de Casablanca
N° 79 00 02 25
Tel : 06 38 02 79 80

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH

UPERIO® 50 mg
Comprimé pelliculé.
Boite de 28.
PPV : 405 DH



Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV : 50,70 DHS

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

25 P.P.V
79 00 02 25

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

25 P.P.V
79 00 02 25

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

02 25
79 00 02 25

KARDECIG 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

02 25
79 00 02 25

02 25 P.P.V
79 00 02 25

"118001"102016
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

"118001"102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

"118001"102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

6"118001"102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 13,40 DH

"118001"102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

"118001"102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

"118001"102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH

6"118001"102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV : 6,80 DH