

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7584 Société : RAM 127219

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : JABRANE MOUNA

Date de naissance : 05/08/1964

Adresse : 30 Rue Alouk Houane cte A

Tél. : 0662213817 Total des frais engagés : 508,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 09/04/2017

Nom et prénom du malade : JABRANE MOUNA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DS R MATOS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____

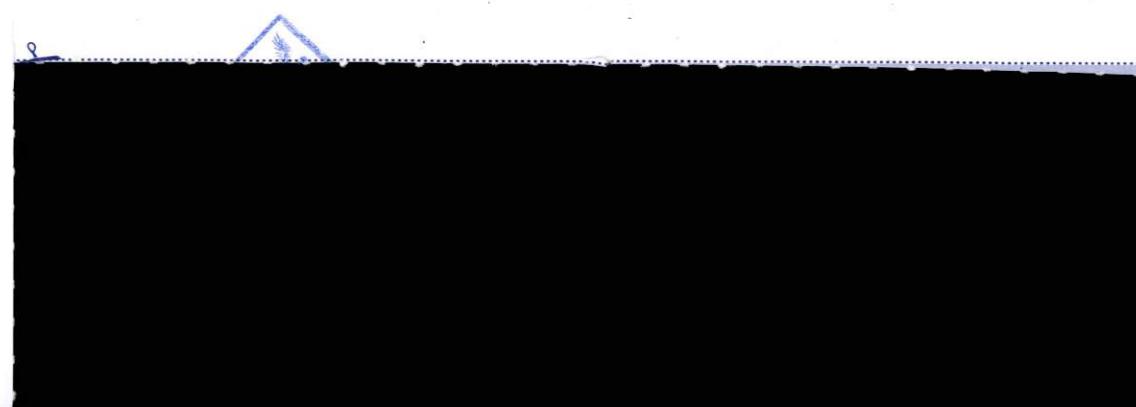
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /



~~RELEVE 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
9/7/22 V+A		D.r. Médecin Expert Ass.menté Prés des Tribunaux Echographie 171 Bd Afghanistan 90322 Tél: 0522 90 31 01 Fax: 0522 90 30 00	200	D.r. Médecin Expert Ass.menté Prés des Tribunaux Echographie 171 Bd Afghanistan 90322 Tél: 0522 90 31 01 Fax: 0522 90 30 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Ahmed CHAFRA Rue Béausejour 22 94 99 34	09/07/22	308,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D -----+----- 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



الدكتور جواهير حسيني عراقي

طبيب خبير محلق لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بستراسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث
في الخصوبة و fertilité "A"

المستعجلات
Urgences
06 61 14 44 02

PPV 116DH40 LOT 150114
EXP 08/2023

V 116DH40 LOT 150114
EXP 08/2023

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules

Voie orale

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

gélules

Voie orale

1/ M6, 40x2

F X Am S.V. 500

45,20

S.V. 1ml 21/22

MYCOSTER 1%
CREME T30G
P.P.V : 45DH20
LOT : 21E014
PER : 04/2024
6 118000 011118

30,00 3/ 10 Ca Fy Cu

LOCATOP 0,1%
CREME T30G
P.P.V : 30DH00
LOT : 22E001V
PER : 12/2024
6 118000 012061

308,00

PHARMACIE HIBA
Dr. Ahmed CHAFRY
Hay Baha Rue Banafaia
122, Bd. Afghanistan - Hay El Hassani - Casablanca 20230 - Tel. Cab.: 05 22 90 31 01 / 05 22 90 36 95 - Fax: 05 22 90 23 17 - Email: dr_arraqijawad@hotmail.com

Dr. A.H. JAWAD
Expert en Echographie
Assermenté
Prés des Tribunaux
Tél. 05 22 90 31 01 / 05 22 90 36 95 - 0522 90 31 01 / 0522 90 36 95 - 0522 90 31 01 / 05 22 90 36 95 - Fax: 05 22 90 23 17 - Email: dr_arraqijawad@hotmail.com