

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-696656

128530

11/9 Médecin
adhérent
analyse

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3428 Société : RAD

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Z. Z. Mohamed

Date de naissance : 26/06/76

Adresse : 12 Rue Michel Ange Rueine Casablanca

Tél. : 0661424223 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 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019


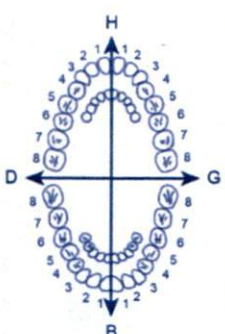
Dr. FANESSI YOUNESS
Médecin - Radiologue
Tél : 0711971971
38 Bd. Mohammed VI - Casablanca
CLINIQUE EL ANASSER

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
16/12/22				INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	16/12/22	230,20	
	16/12/22	30,90	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []														
				MONTANTS DES SOINS []														
				DEBUT D'EXECUTION []														
				FIN D'EXECUTION []														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []														
				DATE DU DEVIS []														
			DATE DE L'EXECUTION []															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة الأطلس الكبير Clinique Grand Atlas



وصفة Ordonnance
Marrakech le :

H2204330



ZIZI NOUR

Nais : 01/01/2000

DR. BOUAICHI AMINE

...

17/06/2022

168,20

1) Argentin 1g sachet

1 sachet x 3 1j pdr 8j



44-

2) Doliprane 1g



48,50

1p x 3

PHARMACIE PREMIUM
SARL AU
Propriete Jawhar 2 315 Marrakech
Tel : 05 24 49 39 69
ICE : 0046880249000080

3) Cotipred 2mg p



230,70

2p 1j 1e mat pdr 1j 3

Dr Amine BOUAICHI
Chirurgien
Qualité Marquée par la Haute Qualité
INPE : 0711612725

Le: 17/06/22

ORDONNANCE

Nom et prénom :

M^{lle} Nour Zigi

90.90

1) Steirma

1 pulv nasale, x 3 l;

Pharmacie Radia
DOUSSI CAIDI MY AHMED
Docteur en Pharmacie
Route Oued el Ghazal - Marrakech

Dr Amine BOUACHA
Centre d'affaires Taleb, N°17, 2ème étage
Casix, Marrakech
Tél: 06 77 17 17 17

DAILY



STÉRIMAR™

NOSE
HYGIENE
AND COMFORT

- Gently cleanses and moisturizes
- Helps to breathe better
- Prevents colds

Importateur Exclusif

Biocodex Maroc

www.biocodex.ma

P.P.C. 90,90 DH

contre indications, excipients à effet
notoire : voir notice

PPV: 48DH50

PER: 04/25

LOT: L960

b

bottu s.a

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Sea water
microdiffusion
100% natural

Rich in

TRACE ELEMENTS
& MARINE MINERALS

PHYSIOLOGICAL*
CHILDREN & ADULTS



3 331300 097214 >

LOT



FE1119
M: 2021/04
2024/04

Clinique Grand Atlas



مصحة الأطلس الكبير

REÇU⁽¹⁾ N° : 109058

M Ziti Nou à payé

La Somme de 200-

Relative à :
en règlement des frais de

Du 16/6/2022

Signature et Cachet

(1) Reçu de règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.