

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0009180

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Co

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9623

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSAD SAMILA

Date de naissance : 19/10/61

Adresse :

Tél. 0663 0754115 Total des frais engagés : 150 + 345,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/07/22

Nom et prénom du malade : Rhinopharyngite Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04 juillet 22	C	1	150,00dh.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/07/22	345,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

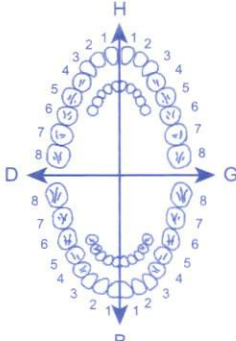
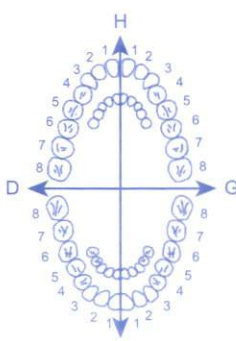
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Docteur BESRI Rabéa

MÉDECINE GÉNÉRALE

Diplômée en Echographie
de la Faculté de Médecine de Paris

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Médecine de Travail
Médecin Expert Assermenté
Auprès des Tribunaux

786, Bd. El Qods - Mandarona - Aïn chok
Casablanca - Tel. : 05 22 50 11 82

رربة بصري ربعة

الطب العام

إختصاصية في الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بباريس

أمراض النساء

طب الشغل

طبيبة محلفة لدى المحاكم

786، شارع القدس - منظرنا - عين الشق

الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 50 11 82

Casablanca, le : 04 Jillel 2024 في الدار البيضاء،

M: ASSAD Jamila.

78,70 Zithromax 500

1 prise (1 x 3 jours)

58,40 Effimred 20
x2

3/4 matin

83,80 vitaminil F.

1 bo - 3/4

22,00 lantec 10-g-

up/;

20,00 Fabreca A.

1 sachet soir

52,80 a des (sachet 10 gel, 1 boîte 7)

30,00
345,10 prise le matin

EFFIPRED® 20 mg

PPU 58DH40
EXP 10/2024
LOT 10022 2

PHARMACIE MERIEUX
Nouredine JABRI
Docteur en Pharmacie
311, Bd. Abdelmoumen Casa
Tel.: 05 22 86 05 70

EFFIPRED® 20 mg

PPU 58DH40
EXP 11/2024
LOT 10022 2

PPV
LOT
PER

28,80

LOT 210385,
EXP 12/2023
PPV 30.00DH

OEDDES[®]
oméprazole



20
mg
Voie orale

Microgranules gastro-résistants en gélules

7 x

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURÉE				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MATIN				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIDI				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOIR				



COOPER
PHARMA

LOT, 210604
EXP 12/2023
PPV 52.80DH

	<input type="checkbox"/>
DURÉE	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MATIN	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
MIDI	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
SOIR	<input type="checkbox"/>

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

OEDES[®]
oméprazole



20 mg
Voie orale

COOPER

OEDES[®]
oméprazole

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x

20 mg
Voie orale

FEBREX[®]

Sans Sucre

Adulte

- Rhume
- État Grippal
- Rhinite Allergique
- Rhinopharyngite



8 Sachets de Granulés



Pharmed
Laboratoires Pharmaceutiques

Sans Sucre



Voie Orale

PHARMED LOT : 9163
UT.AV : 05-25
PPV : 20DH00

كلارك تيك[®]

10 مغ

إتادين

اد للحساسية

LOT : 6372

UT. AV : 03-25

P.P.V : 22 DH 00

10 أقراص



زيتروماكس

أزيتروميسين



3 أقراص / 500 mg

ZITHROMAX® 500 mg ○

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 12 2023

P.P.V.

79 70

LOT N° : FW5 3

09366030/4