

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

- Reclamation : 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° M21- 066893

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00644 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HATTAT Jemâa
 Date de naissance : 1935
 Adresse : C.T. DB. Douram Rue 207 casa
 0681 11 09 39
 Tél. : 0522 56 18 99 Total des frais engagés : 1.165,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2022
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HSA
 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

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
19/09/22	22	1	0	Docteur Ahmed El-DANI 165 rue de la République Tél: 05 22 23 16 71

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ABDELLAH Pharmacie JAMILA Casablanca Diplômé de PARIS IV	19/09/22	1165,00
	092035237	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

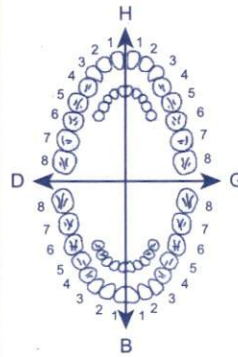
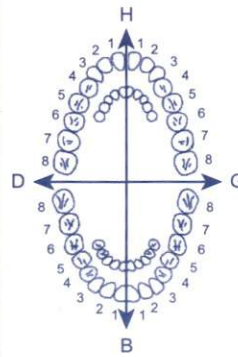
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

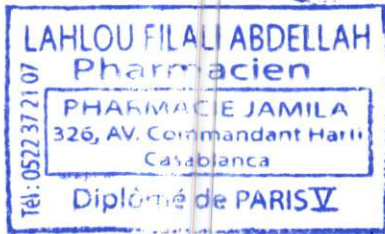
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

ORDONNANCE



Casablanca, Le: 19-9-2022

HATTA Jemaa

W340 x4

1) ANEP 5mg (4)

(S.V)

27,70

6/ CARDIOASPIRINE 100

(S.V)

160,00 x4

4 OEDES 20mg (4)

(S.V)

69,90

T.T 1168,00

3) ANGINE PLUS 50mg/12,5mg

(S.V)

60,00 x4

4) AZ 500mg (4)

(S.V)

Handwritten signature

75,50

5) BLOODOTOL 15/250

(S.V)

Handwritten signature

Dr. Ahmed HADANI
Cardiologue
100 Boulevard Hassan II
Tel: 05 22 29 16 72

AMEP® 5mg ○

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg ○

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg ○

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

AMEP® 5mg ○

28 comprimés



6 118000 081524

49,40

OEDES 20mg ○

56 gélules



6 118000 082026

LOT: 211541
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg ○

56 gélules



6 118000 082026

LOT: 211318
PER: 04-2024
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg ○

56 gélules

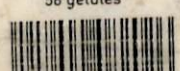


6 118000 082026

LOT: 211147
PER: 04-2024
PPV: 140,00DH

OEDES 20mg ○

56 gélules



6 118000 082026

LOT: 201159
PER: 04-2023
PPV: 140,00DH

AZ® 500 mg ○

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV: 60,00 DH



6 118000 190097

AZ® 500 mg ○

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV: 60,00 DH



6 118000 190097

AZ® 500 mg ○

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV: 60,00 DH



6 118000 190097

AZ® 500 mg ○

Azithromycine

Boîte de 3 comprimés

PPV: 60,00 DH



6 118000 190097

ANCINE Plus® 50mg/12,5mg ○

30 comprimés pelliculés



6 118000 141051

LOT: 134
PER: 10/23
PPV: 64,20DH

Bidontogyl 1,5MU/250mg, 15 comprimés ○



6 118000 092223

LOT : 1128
UT. AV : 06-23
P.P.V : 75 DH 50

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280