

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 ALO :

- 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° P19- 048514

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2188 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DYAE EL MOSTAFA

Date de naissance : 02/01/46

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0666965745 Total des frais engagés : 286,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/10/22

Nom et prénom du malade : Age : 76

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : T/A

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 : CASA Le : 08/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
08/10/22			GRATUIT	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

08/10/22

286.40

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

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

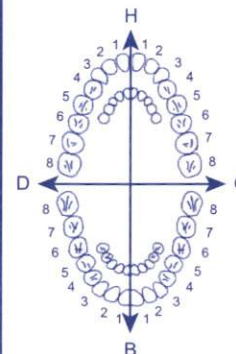
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

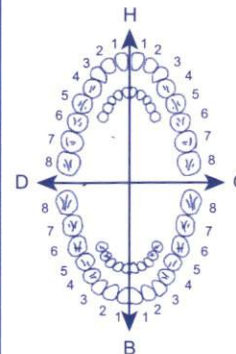
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Facture N°:

Nom: MEHAH OUM HANI

Casablanca le: 08/10/22

HASSOUNI ABDERRAHMAN

Pharmacie 3AMZ

(Ex. Pharmacie Al Fath)

Qte.	Nom de Médicament	P.U.	Total
1	LADOZ 10/6,25	71.60	286.40
TOTAL			286.40



6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg,
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV : 71,60 DH

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg,
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV : 71,60 DH

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg,
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV : 71,60 DH

6 118001 101160
LODOZ 10/6,25 mg,
 Comprimés pelliculés B/30
 PPV : 71,60 DH

HASSOUNI ABDERRAHMAN

Pharmacie 3AMZ

(Ex. Pharmacie Al Fath)

Rue Laknadissa, Bin Lamdoune Casa

Tél.: 05 20 16 73 98 - INPE : 002004860

ICE : 00219352200002 - TP : 24001039

Rue Laknadissa N° 94/98 Bin Lamdoune, 20470 Casablanca

Patente : 3442643 - CNSS : 1509027 - T.V.A : 172303 - I.F : 51306390

Tél : 0522 21 06 82

☐ valable 3 mois

Le 08/10/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg
Casablanca - Tél : 05 22 52 05 05

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MEHDIHOU MHANI

Présente

Lea Zymte

Nécessitant un traitement d'une durée de :

longue durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Lea Zymte

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir

6ème Etage. Casablanca

الدكتور شاهي عبد الغاني
أمراض القلب والأوعية الدموية
Dr. CHAHI Abdelghani
Maladies du Cœur et des Vaisseaux
Angle Bd. Panoramique et Bd. 2
Mars Andalous 3 Rue 14 N°1 - 1^{er} Etg
Casablanca - Tél : 05 22 52 05 05

21.60 (x4)

+ 286.40



HASSOUNI ABDERRAHMAN
Pharmacie 3^{ème} MZ
(Ex. Pharmacie El Fath)
Rue Laknadi 24, Bld. Lamdoune Casa
Tél : 05 20 15 70 00 / 05 20 15 70 01
ICE : 00219352200002 - TP : 24001039