

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° M21- 0010466

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01295 Société : 134551
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FARAS Jamil
 Date de naissance : 01/01/1976
 Adresse : DOUK LAMANE Bloc M 308/2
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/10/22
 Nom et prénom du malade : FARAS Jamil Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : D. chronique avec Asthme
 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
11/10/22			150,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur

Date

Montant de la Facture

11/10/22

28520

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

AM

PC

IM

IV

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 :

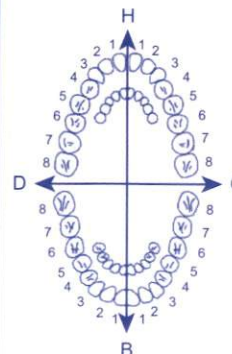
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G
00000000 00000000
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

Docteur Jamil El Hayaoui

الدكتور جمال الحايوي

Ex. Médecin Chef des FAR

Omnipraticien

طبيب عسكري سابقا

Ex. Médecin Directeur du BMH

طبيب محلف

طبيب مدير بحفظ الصحة سابقا

Ex. Médecin des Polycliniques ONE



طبيب بعيادة الكهربيين سابقا

Diabète - Traitement Douleurs

السكري - علاج الآلام

Circoncision des Enfants

ختانة الأطفال

Echographie - ECG

الفحص بالمصدى - تخطيط القلب

Tél : 0522 62 70 69

الهاتف : 0522 62 70 69



091183491

Casablanca, le:

11/10/22

الدار البيضاء، في:

Paras Meol

Forblyptic

19 x 3

Newfortan 160

19 x 2

Metasprngl

19 x 1

Shen An

PHARMACIE DU PARADIS CASA
Dr. BOUSTANE ZAKIA
Bloc L - N°8 Dar Lamane
Hay Mohammadi - Casa
Tél : 05 22 60 80 71

Docteur Jamil El Hayaoui
Dr. Assermenté
Dar Lamane M. Bloc 2 Appt. 4
doc.jamil@hotmail.fr
GSM: 06 61 16 16 30 - Tél.: 05 22 62 70 69

Lot n° / Batch n°

2050AS/2

Date d'exp.

01/2024

PPC 129,00 DH

SORBHEPATIC®

PPV 17DH00
EXP 10/2024
LOT 10057 7

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80
EXP 05/2025
LOT 24037 4

METEOSPASMYL® B 20 caps molles

Alvéine citrate 80 mg / Siméticone 300 mg

P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 110001 100293

LOT / رقم الحصة : V0295

FAB / الإنتاج : 03-2022

EXP / تاريخ الانتهاء : 03-2025

LOT 05030005 3
PPV 17DH00
EXP 10/2024
LOT 10057 7
COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca