

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

- 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

M22- 0009154

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 830 Société : 136058

Actif Pensionné(e) Autre : 136058

Nom & Prénom : Elmoua Mazzouki

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : Hay Abbadi Brikha Rue Meknès N°166-Tlemcen

Tél. : 0537 61 01 45 Total des frais engagés : #802,80H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.10.2022

Nom et prénom du malade : Herzouki Idrissi Nayer Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Trouble psychiatrique chronique

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) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
19.10.12	C		50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/10/22	742,80

ANALYSES - RADIographies

ANNEXE 2 - AVIS DE PRIX			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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	D
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: vertical arrows point upwards (superior) and downwards (inferior); horizontal arrows point to the left (mesial) and to the right (distal); diagonal arrows point towards the upper-left (mesial-superior) and lower-right (distal-inferior). The letter 'H' is at the top, 'D' is on the left, 'G' is on the right, and 'B' is at the bottom.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المركز المستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ar-Razi



+212 524 0404
+212 524 18804
+212 524 00000
+212 524 00000

Date : 19/10/2022

Nom : Elergzuki

Prénom : Sdraissi Nayat

IPP : 65377

ORDONNANCE

~~3004
19/10/22~~
1- Depakine CR 500 mg

~~3X113,30
339,90~~

~~3005
10/10/22~~
2- Isoperid 02 mg au Rdv le 12/10/22

~~3X113,30
402,90~~

~~T = 742,80~~

Dr. HALA Chebli
NPE : 101268332
Hôpital Ar-Razi - Bâle

N.B Cette ordonnance n'est valable que si elle porte le nom et la signature du médecin
Traitement de 03 mois RDV le 15/10/2023

Dr. Chebli

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH



6 118001 081073

LOT : 221024
EXP : 07/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 221024
EXP : 07/2024
PPV : 134,30DH

LOT : 221024
EXP : 07/2024
PPV : 134,30DH

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
C.H.U. de Rabat - Salé

Nº 269069

Etablissement :

Reçu de M :

La Somme de :

Nature de la Recette	Ex	Somme	Cachet du Service
		600	L 19 10 / 22
Q			
Total		600	Signature du Régisseur Comptable