

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0040513

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11135 Société : R A M
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JEBBART ABDELCAT, E
 Date de naissance : 31/12/1970
 Adresse : 39 Rue EL YASSINE HAY EL ANASSER
 AP 52 CASABLANCA
 Tél. : 0661372643 Total des frais engagés : 251, 20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JEBBART MED AMIR Age : 12 Ans

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

Nature de la maladie : accident de la circulation

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : bris de la bicyclette

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) : /

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
28/09/22	CS		250,00	Dr. I. LAKEB Cabinet d'Allergologie Maladies Respiratoires 169 Bd. de la Palestine Tage N°1 Riad El-Mohamme INPE 09110589

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUMEN BD LA PALESTINE RIAD MOUMEN EL-ALIA MOHAMMEDIA INPE: 09 204 40 49 TEL: 05 23 28 44 85	28/09/22	651,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

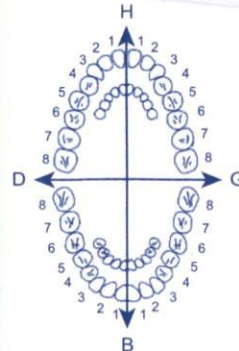
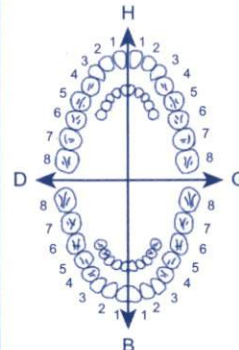
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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

Dr. I LAZREQ

Spécialiste des maladies respiratoires et allergiques
Diplômé de l'Université Henri Point Carré
Faculté de Médecine et de Pharmacie de NANCY
pneumoallergologue
Diplôme de l'université Henri Point Carré Nancy



الدكتور ع. الازرق

أخصائي أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
خريج جامعة هنري بوان كاري
كلية الطب والصيدلة نانسي

Mohammedia, le : 28/09/2022

L'enfant Jebbari Nohamet

Amir PHARMACIE MOUMEN
BD LA PALESTINE LOT MOUMEN
EL-ALIA MOHAMMEDIA
INPE : 09 204 40 49
TEL : 05 23 28 44 85

① 154,60 olipen 500mg / 162,5g
sachet

4 sachet 3x / x 7 jours

repas matin - midi - soir

② 45,30 ventoline 100mcg spray
buccal
232 4



③ 140,00 seretide 50mg / 25mg
spray buccal
232 2x / x 30j

en et soir au moment du repas
رقم 169 الطابق الأول، شارع فلسطين، الحمدية -
Tél: 05.23.30.42.41 - E-mail : lazreqimad@yahoo.fr



④ Flixotide 250g spray buccal

1 B2 matin

4 B2

soir

lix 60 par

Ca porteur du 1/11/2022

31/12/2022

40,00

⑤ Predni 20mg

2 - 0 - 0 || x

après repas matin

⑥ 89,00 Noviflor

Ascorbet 20

après 2 par matin et

⑦ 19,00 Febrey

1 - 0

après repas matin et

164,00 en coudeur

⑧ 651,90 ATISIU Junior Multivitamin

après 1 par matin

1 Bouteille de jour = 10ml x 15

IMMUN JUNIOR MULTI-VITAMINE DH
PPC: 164.00 DH
UT AV: 10/2023 Lot: L20100104
Mceutik

ARMACIE MOLINE
UD LA PALESTINE LOT MOU
EL-ALIA MOHAMMED
IMP: 05 23 28 40
TEL: 05 23 28 40

LOT N°:

UT. AV:

PPV (DH):

COOPER PHARMA
PPV: 40,00 DH

Lot : 6536159
Dluo : 08/2024
P.P.C : 89 Dh

energia

PHARMED LOT : 8983
UT.AV : 05-25
PPV : 19DH00