

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- 0033743

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : SAFRI Miloudi
Date de naissance : 28/01/1962
Adresse : 40, 100P EL Wafa Berrachid
Tél. : 066843854 Total des frais engagés : 250 + 277,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ABDELLAH TAYB
PNEUMO - ALLERGologue
87 Bd M. Ismyail Berrachid
05 22 32 501

Date de consultation : 24 / 12 / 2022
Nom et prénom du malade : HAMIS N. Age : 19 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : B. NOX. C. H. 24-12-22

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 : NSR Le : 28 / 12 / 2022

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
14/11/2022	ACS	6	252,00 M	Docteur ABDELKADER ALBERCHANE PNEUMO - ALLERGOLOGUE 87 Bd M. Karrayil Berrechid 05 22 32 55 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA Tél: 05 22-51 47 07	14/11/2022	2 11,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

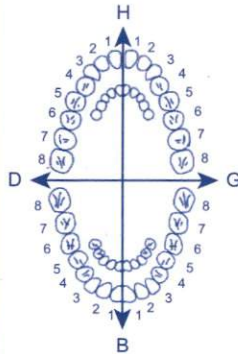
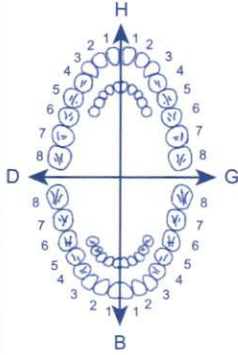
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

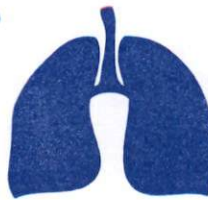
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 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

Docteur Abdellah TAYB

Spécialiste des Maladies Respiratoires
de l'Allergie Adultes et Enfants
Ex-Médecin au Département des
Maladies Respiratoires de 20Août
et Averroes à Casablanca



الدكتور عبد الله التائب

اختصاصي في أمراض التنفس - الحساسية
للکبار و الصغار
طبيب سابق بالمصلحة الكبرى لأمراض
الصدر بمستشفى 20 غشت و ابن رشد
بالدار البيضاء

برشيد، في : 24/11/2021 Berrechid, le :

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, LOU NAIT N° 4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

144.50

1) 15/11/2021 20/11/2021
17/11/2021

2) 15/11/2021 20/11/2021
17/11/2021

64.10

3) 15/11/2021 20/11/2021
17/11/2021

69.00

4) 15/11/2021 20/11/2021
17/11/2021

T= 244.60

Docteur ABDELLAH TAYB
PNEUMO - ALLERGOLOGUE
87 Bd M. Ismail Berrechid
Tél: 05 22 51 47 07

87, شارع مولاي إسماعيل - برشيد - الهاتف : 05.22.32.55.01 - النقال : 06.61.79.02.05

INP : 061133435 / ICE : 001918090000064

87, Boulevard Moulay Ismail - Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.55.01 - GSM : 06.61.79.02.05

144,50

LOT 22006
PER 05/24
PPV 144DH50

AXIMYCINE® 14 comprimés dispersibles

PPV 64DH10

LOT 1D0043
EXP 02/2024

Lot: 220456
DLUO: 06/2025
69,00DH

