

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

- 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° W21-628850

141330

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3289 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : SBAIHI DRISS

Date de naissance : 12.5.1958

Adresse : Habituelle

Tél. : 0679470122 Total des frais engagés : 2309 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hasna AZM
Rhumatologue
14, Bd. de Paris
CASABLANCA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/11/2022

Nom et prénom du malade : SBAIHI DRISS Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : polyarthrose, ostéalgies

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/11/22 | G | | 300,00 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 2/11/22 | 2009,30 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

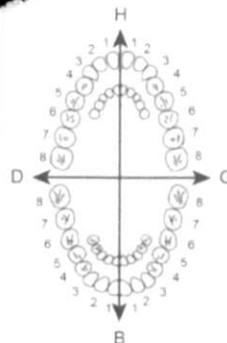
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

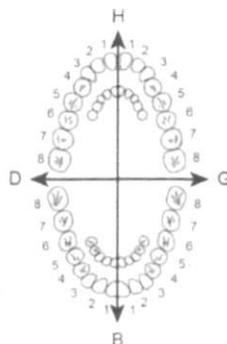
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



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

| | |
|-------------------------|----------------------|
| DEBUT TRAVAUX | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| DEBUT D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| FIN D'EXECUTION | <input type="text"/> |
| 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. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le 22/11/22 في الدار البيضاء

Dr Sbaï le

1°)
283,00 x 5

Chondrosulf 400 mg ^{D19}
1 gélule x 2 j° matin

ap. repas x 6 mois sau

2°)
89,50 x 2

Curogyl ^{D19} (2 flacons)
5 gtt x 1 j° le matin ap.

repas dans une moisure de
pain x 6 mois

STEPHARMACIE HANZA
CP. CASABLANCA
Lodge: Haj Jaroun, Rue 6 N° 3
Casablanca - Tél: 0522 89 11 11

3°)
108,65 x 2

Osteocare

1 ep le soir au coucher
x 2 mois

4°)
198,00

Noceptal

1 app le soir au coucher
sur le bas du dos

2009,30

STE PHAR... HAMZA
CA... ANCA
Lot: 6 N° 3 Lot: 64
Casablanca - Tél: 0522.93.10.28

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO
6 1180011271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO
6 1180011271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO
6 1180011271214
PPV : 283,00 DH

Lot:
A consommer de
préférence avant le: 220599
07/2025
PPC: 89,50 DH

Dr. Hasna AZMI
Rhumatologue
14, Bd. de Paris
CASABLANCA

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO
6 1180011271214
PPV : 283,00 DH

Lot:
A consommer de
préférence avant le: 220599
07/2025
PPC: 89,50 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRO
6 1180011271214
PPV : 283,00 DH

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 108,65
Ut Av 31/05/2025 Lot: 258858A
IPHABIOTICS
5 021265 244

OSTEOCARE 30 CP
PVC : 108,65
Ut Av 31/05/2025 Lot: 256448A
IPHABIOTICS
5 021265 244683

PVC: 198.00DH
C163
2024-09
CNK 3259-850